UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913 — N° 177

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Joseph CALLOUST

NÉ A CONSTANTINOPLE, LE 15 MARS 1885

Interne des hôpitaux de Marseille

Licencié ès-sciences

Kystes Hématiques DE LA RATE

Président : M. le Professeur LEGUEU

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1913

177

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913 N° .....

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Joseph CALLOUST

NÉ A CONSTANTINOPLE, LE 15 MARS 1885

Interne des hôpitaux de Marseille

Licencié ès-sciences

Kystes Hématiques
DE LA RATE

Président : M. le Professeur LEGUEU

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL / TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT / DEBOVE / LANDOUZY / CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET / QUENU / RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR / PINARD / RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBRÉDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinion émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérée comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation n improbation.

A MES PARENTS

A mes Maîtres des Hôpitaux de Marseille

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUN

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR REYNÈS

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR PLUYETTE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX DE BRIGNOLES

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur à l'Ecole de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT

Agrégé des Facultés

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique des Maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

L'observation d'un malade soigné dans le service du docteur Roux de Brignoles, dont on lira plus loin l'histoire clinique, nous a inspiré le sujet de ce travail modeste.

Ce malade, atteint d'une tumeur de l'hypocondre et du flanc gauche, fut opéré par le docteur Roux de Brignoles, notre maître, qui porta le diagnostic de kyste hématique de la rate. L'évolution ultérieure de l'affection se présenta avec des caractères de malignité tels qu'il ne pouvait subsister aucun doute sur la nature sarcomateuse de cette tumeur.

Nous voulons dès maintenant attirer l'attention sur certaines tumeurs malignes de la rate, se présentant macroscopiquement sous forme de collections hématiques enkystées, c'est-à-dire caractérisées par la présence de sang altéré et contenu dans une coque de structure fibrino conjonctive, mais à la surface desquelles un examen histologique ap-

profondi dénote la présence d'éléments cellulaires volumineux, soit globuleux, soit fusiformes; ce sont les cellules sarcomateuses. Ce qui domine dans certains néoplasmes malins de la rate, c'est l'épanchement sanguin avec caillots, à aspect truffé, englobés dans une zone d'adhérences à structure fibreuse. L'examen histologique ne permet pas de déceler le moindre fragment de tissu dans ces coagula. Seuls, au niveau de l'enveloppe, quelques éléments sarcomateux se montrent.

L'observation de G. Mac Connel résumée, d'après Picot, peut se superposer à la nôtre. Un homme de 29 ans fait un effort violent en soulevant une malle. Il éprouve aussitôt une sensation de déchirure dans le flanc gauche. Après quelques jours de repos, il reprend son travail. Dix-sept mois après, il revient à l'hôpital porteur d'une tumeur dans l'hypocondre gauche. A la palpation, cette tumeur est molle et la radiographie la localise au niveau de la rate. Le mois suivant, on opère le malade, et à l'incision de la tumeur, s'écoulent environ 500 grammes d'un liquide grumeleux, noirâtre, contenant en suspension des fragments de tissu rappelant grossièrement le tissu splénique. La paroi de la poche est absolument lisse. On la nettoie et l'on referme. Guérison du malade.

A l'examen histologique des fragments, on trouve par endroits, du tissu splénique normal, et ailleurs, des cavités remplies de sang et tapissées par des cellules plus grands que des lymphocytes avec un

noyau volumineux, mais ne présentant pas trace de mitose. L'auteur interprète cet examen : endothéliome développé aux dépens des cellules, des espaces sanguins.

Mc Connel discute l'hypothèse d'un kyste hématique développé sur une rate hypertrophiée et conclut au diagnostic de déchirure d'une rate atteinte d'endothéliome.

Nous serions porté à croire que certaines tumeurs vasculaires de la rate, des angiosarcomes, donnent parfois naissance à des collections hématiques enkystées survenant à la suite d'un traumatisme. Ces collections étiquetées kystes hématiques, sont en réalité des tumeurs douées, d'une malignité considérable. Et le chirurgien qui opère ces kystes hématiques présumés, est tout surpris de les voir récidiver avec une rapidité décevante et prendre un développement effrayant.

Nous nous proposons de faire une étude succincte des kystes méta-traumatiques de la rate, c'est-à-dire des collections hématiques enkystées soit intra-parenchymateuses, soit péri-spléniques.

HISTORIQUE

L'*histoire* des kystes hématiques de la rate est de date récente.

La première observation avec autopsie est due à Sivois (1838), Andral (1829), Leudet ont publié deux cas. Péau fait la première splénectomie (1867) pour gros kyste intra-splénique et son opéré guérit. Douze ans plus tard, Spencer Wells, dans un cas identique, pratique l'ablation de la rate avec le même succès. Avec l'ère antiseptique de la chirurgie, les interventions dans les tumeurs spléniques se multiplient, on substitue à ces procédés aveugles tels que la ponction, l'ouverture de la poche par les caustiques, la laparotomie.

C'est Crède, le premier 1882), qui semble avoir rattaché au traumatisme le kyste hématique de la rate pour lequel il intervint. M. Terrien (1892) insiste, et à juste titre, sur le rôle du traumatisme dans le développement des kystes de la rate. Au

XIVe Congrès de Chirurgie, M. Lejars attire de nouveau l'attention des chirurgiens sur l'importance du traumatisme.

L'influence jouée par le traumatisme est telle que les kystes hématiques de la rate ont été encore appelés kystes métaclastiques par Brunswic-le-Bihan, ou encore kystes méta traumatiques.

DÉFINITION

Nous appellerons kystes hématiques de la rate, des collections sanguines enkystées, survenant le plus souvent à la suite d'un traumatisme, et développées, soit dans le parenchyme splénique, soit dans la loge splénique, caractérisées cliniquement par l'apparition d'une tumeur à développement rapide dans le flanc gauche.

Le terme de kyste doit être interprêté dans un sens clinique. En réalité ces collections hématiques ou séro-hématiques sont des pseudo-kystes, c'est-à-dire que la membrane d'enkystement est uniquement constituée par du tissu fibreux sans revêtement endothélial. C'est la présence de cet endothélium à la face interne de la paroi du kyste qui caractérise les vrais kystes de la rate.

ÉTIOLOGIE — FRÉQUENCE

La fréquence de ces collections hématiques est difficile à déterminer. Nous avons pu en recueillir 22 cas dans la thèse de Camus. Finkelstein en a réuni 54. Nous pensons que certains kystes séreux spléniques ont été pris pour des kystes hématiques : ces derniers seraient quatre fois plus fréquents que les vrais kystes.

Pour Landelius les kystes de la rate sont relativement rares. Powers estime à 50 ou 60 le nombre des cas de grands kystes signalés. Si nous faisions foi à ces chiffres, il s'agirait d'une affection rare. Mais outre qu'un certain nombre d'observations n'ont pas été publiées, il est des cas qui ont passé inaperçus même à l'examen clinique le plus approfondi.

Sexe. — L'homme menant une vie plus active que la femme serait de ce fait plus exposé aux traumatismes, et à priori, il semblerait que l'affection est plus fréquente chez l'homme.

Il n'en est rien. Powers, dans une statistique de 32 cas, a noté 23 cas chez la femme et huit seulement chez l'homme. On a invoqué, pour expliquer cette fréquence plus grande chez la femme, le rôle de la menstruation et de la grossesse. Nous pensons que le traumatisme provoqué par le travail dans l'accouchement favorise les ruptures vasculaires dans un organe malade : d'autre part les infections obstétricales se répercutent sur la rate qui, ultérieurement, deviendra d'autant plus fragile.

Age. — Il s'agit d'une affection de l'âge adulte. D'après Landelius. Sur 34 kystes :

8	entre	11 et 20 ans
8	—	20 et 30 ans
11	—	31 et 40 ans
7	—	41 et 50 ans

Rousset a publié le cas d'une fillette de 7 ans. Fink d'un garçon de 14 ans.

L'opéré de Landelius était un enfant de 12 ans. Les kystes hématiques de la rate sont extrêmement rares dans le premier âge. Il n'en est pas de même des vrais kystes spléniques qui sont plus fréquents chez les individus jeunes : ces collections hématiques observées chez l'enfant seraient plutôt des kystes séreux à l'intérieur desquels s'est produite une hémorragie.

Milieu. — Il est un fait indéniable : c'est la plus grande fréquence des traumatismes de la rate dans

les pays à malaria : les kystes hématiques qui leur sont intimement liés sont souvent observés dans les pays chauds où règne le paludisme.

Les trois cas publiés par M. Brunswic-le-Bilian ont été notés chez des Arabes.

Les conditions hygiéniques défectueuses, une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, l'alcoolisme favorisent la production des hématomes de la rate en déterminant sur cet organe des altérations qui le prédisposent aux hémorragies.

Causes prédisposantes

Il est des rates qui sous l'influence du traumatisme le plus minime se déchirent, éclatent donnant lieu parfois à des hémorragies mortelles. L'exemple de ce soldat hindou qui frappé d'un coup de baguette dans l'hypoconde gauche succombe quelques heures après, est typique. A l'autopsie, on trouve une plaie de la rate avec des caillots dans le péritoine. Le traumatisme dans certains cas, si faible qu'il ait été suffit à déchirer un organe particulièrement fragile. D'autres fois, le choc a été si lèger qu'il a passé inaperçu, on dit alors que la rupture de la rate a été spontanée. Tel le cas de KOPYLOFF. Un paysan de 28 ans, ressent subitement pendant son travail, à 10 heures du matin, de violentes douleurs dans le ventre. Il a deux vomissements. Il entre à l'hôpital au milieu de la nuit. Abdomen ballonné, douleurs diffuses, mais sensibilité plus marquée dans l'hypocondre gauche, matité splénique aug-

mentée ; la percussion est d'ailleurs douloureuse. Epanchement libre dans l'abdomen. Arrêt des gaz.

Pouls : 126. Température 37° 6. On diagnostique un volvulus. Laparatomie : on trouve dans l'abdomen une quantité énorme de sang liquide ou en caillots. Surtout vers l'hypocondre gauche. La rate rompue est enlevée. Après l'évacuation du sang, l'abdomen est fermé avec drainrge. Mort au bont d'une semaine. A l'autopsie, péritonite et thrombophlébite des veines spléniques. Athérome des vaisseaux de la rate.

Comment expliquer ces ruptures de la raté, spontanées pourrait-on dire, s'il ne s'agissait d'un organe profondément altéré soit ou cours d'une infection généralisée soit à la suite d'une affection localisée à cet organe.

Toutes les infections généralisées exercent une influence nocive sur la rate. Il en est qui comme le paludisme, la dothiénenthérie frappent d'une façon constante la rate. La fièvre récurrrente (Petersen). Le typhus exanthémique (Kernig) n'épargnera pas non plus cet organe qusique moins souvent. Mais de toutes ces infectisns la malaria est celle qui par sa prédilection à se localiser sur la rate, y provoque les altérations les plus marquées Finkelstein a noté le paludisme dans 39 o/o des cas de kystes hématiques spleniques. On le retrouve dans les observations, de Di Marchis Orloff.

L'infection agirait en déterminant sur l'organe une hypertropie qui le rend ainsi plus accessible aux chocs extérieurs, en provoquant dans le tissu splénique une congestion intense, avec ramollissement de la pulpe d'où augmentation de la fragilité de la rate.

Husban, D. Wilson, Cunningham ont signalé des ruptures de la rate au cours de la grossesse au moment de l'accouchement ou dans la période puerpérale. D'après Simpson il existerait une « rate de grossesse » caractérisée par l'augmentation de volume de l'organe avec friabilité des tissus.

Cohnheim a publié le cas d'une rate dont la pulpe était transformée en des cavités veineuses plus ou moins grandes, communiquant entre elles et avec la veine splenique ; ces cavités remplies de sang et de masses thrombosiques, faisaient saillie partout à la surface. Il s'agissait vraisemblablement de varices de la rate.

Pilliet a pu observer dans la rate d'un chien 3 angiomes veineux, qui avaient subi la transformation kystique. D'après cet auteur les kystes hématiques se formeraient par ectasie des veines avec néoformations veineuses, ce seraient des hémangiomes kystiques : de même que certains kystes séreux ne sont autres que des lymphangiomes kystiques.

Rüss a invoqué l'hémophilie, pour expliquer la facilitéavec laquelle la rate saigne et donne lieu à des hémorragies enkystées ou diffuses.

Les splénomégalies primitives, telle la maladie de Banti ou secondaires, peuvent faciliter la production d'hématomes spléniques soit par l'augmentation de volume qu'elles causent, soit par les altérations des tissus qu'elles provoquent.

Augusto Moreschi et Alexandro Ghetti ont publié le cas d'un kyste séro-sanguin dans une rate mobile. M. Aubert nous a transmis l'observation d'une jeune femme atteinte de kyste hématique développé dans une rate mobile, c'est le second cas de cœxistence de ces deux affections, qui à notre connaissance ait été signalé. S'agit-il d'une simple cœxistence. Nous pensons que la rate mobile est plus exposée aux traumatismes ; d'autre part, la torsion d'un pédicule anormal et l'étranglement des veines qui en résulte peut provoquer des hémorragies intra-parenchymateuses.

L'altération vasculaire, comme l'athérome dans le cas de Kopyloff peuvent provoquer par rupture des hématones qui s'enkystent rarement.

Causes déterminantes

Il est un fait bien établi actuellement, c'est que le traumatisme joue un rôle prédominant dans le développement des kystes hématiques de la rate. A mesure que les cas sont mieux observés, le traumatisme se retrouve le plus souvent dans les antécédents des malades. Et le seul fait de l'apparition d'une tumeur dans l'hypocondre gauche, précédée d'un traumatisme dans cette région a pu permettre à certains médecins, de poser le diagnostic de kyste hématique, confirmé d'ailleurs par l'intervention. Si le rôle du traumatisme a pu passer inaperçu au début, c'est que ces tumeurs apparaissent un certain temps après le choc qui a été oublié par le malade. D'autres fois, ce choc a été minime et le blessé n'y a attaché aucune importance. Enfin, il n'est pas que les traumatismes externes qu'il faille invoquer uniquement : les traumatismes internes tels que ceux provoqués par un effort violent par le fait d'éter-

nuer, et plus particulièrement les efforts que nécessite le travail obstétrical ne sauraient être négligés. La malade de WIKLEIN s'aperçoit d'une tumeur dans le flanc gauche après une couche. La malade de SCHALITE remarque une augmentation du volume du ventre à la suite d'un accouchement. On peut observer la même cause dans les cas de SPENCER-WELLS, où l'accouchement a provoqué une augmentation énorme du volume d'un kyste préexistant.

TERRIER et LEJABS ont insisié à juste titre sur le rôle du traumatisme. Le malade qui fait l'objet de notre observation avait été heurté par une brouette dans le flanc gauche, deux mois avant l'apparition de sa tumeur.

BBUNSWIC LE BIHAN fait jouer au traumatisme une importance prédominante, aussi appelle-t-il ces tumeurs, des kystes métatraumatiques, ou encore kystes métaclastiques.

D'après FINKELSTEIN, le traumatisme se retrouve dans 43 o/o des cas.

Lorsqu'on lit les observations publiées, on est surpris de la longue durée de temps qui sépare le traumatisme des manifestations cliniques de la tumeur splénique. La malade de M. AUBERT, deux mois après un choc dans l'hypocondre gauche s'aperçoit d'une augmentation du volume du ventre.

La jeune fille de HEURTAUX avait fait une chute sur le dos dans un escalier, d'une hauteur de quatre mètres. Au moment de l'accident, elle a ressenti

dans le flanc gauche une douleur qui a persisté quelques jours. La tumeur apparaît dans le flanc gauche un an après.

Le malade de M. Morestin perçoit une tumeur au-dessus du rebord costal un mois après l'accident.

Les expériences de Petersen ont montré les différences de résistance entre la rate saine et la rate altérée. Cet auteur a essayé de faire éclater des rates en en remplissant les vaisseaux d'eau d'une certaine pression : ses expériences font voir qu'on peut ainsi augmenter le volume d'une rate saine jusqu'au double. Par contre, dans une rate pathologiquement modifiée, la rupture se produit assez facilement.

PATHOGÉNIE

Ce n'est pas uniquement au niveau de la rate que se collectent des épanchements hématiques, d'autres organes, aussi bien intra-péritonéaux que rétro-péritonéaux peuvent donner naissance à des collections sanguines enkystées. Depuis que la pathologie du pancréas est mieux connue, on a décrit des kystes hématiques de cet organe, dus vraisemblablement à un processus inflammatoire et nécrosant qui creuse dans le parenchyme pancréatique des cavités où le sang se collecte. Ces faits sont d'une interprétation aisée : on peut admettre que l'infection microbienne s'associe à l'action digestive des sucs pancréatiques pour provoquer dans la glande des destructions de tissus.

Dans le mésentère, on a pu retrouver des kystes hématiques consécutifs à un traumatisme.

Lawen a observé deux malades atteints d'hématome périrénal. Son premier malade lithiasique

entre à l'hôpital avec tous les signes d'une hémorragie interne grave. Il présentait en même temps les symptômes d'un épanchement considérable dans le flanc gauche. Il ne tarda pas à succomber avec des phénoménes d'urémie. Le diagnostic d'obstruction calculeuse de l'uretére avait été fait. A l'autopsie, on trouva un énorme épanchement sanguin dans l'espace rétro-péritonéal. Cet épanchement paraissait avoir son point de départ dans le rein gauche, car la capsule fibreuse du rein était décollée et déchirée par le sang. Cette hémorragie était survenue sans traumatisme.

Le deuxième cas est celui d'un ouvrier de 18 ans qui fut pris brusquement de douleurs intenses dans les régions lombaire et sacrée avec élévation de température et accélération du pouls.

A l'examen, il existait une masse dans la fosse iliaque gauche, se prolongeant dans la région lombaire. L'incision montra qu'il s'agissait d'un hématome rétro-péritonéal, dont le point de départ était le rein, atteint de néphrite.

Dans la loge rénale, on trouve des hystes sanguins traumatiques, ce sont les pseudo-hématonéphroses. Dans le parenchyme rénal. On a décrit des kystes hématiques caractérisés par la vascularité et l'épaisseur de leurs parois. CATHELIN a publié au XV^e^ Congrès de l'Association française d'urologie, quatre observations de kystes hématiques sous-capsulaires périrénaux qu'il a observés chez quatre de

ses opérés atteints, deux de tuberculose rénale abcédée, un d'hydronéphrose et un de rein mobile à type fœtal.

Le Fur, au même Congrès d'urologie, a rapporté l'observation d'un malade qu'il a opéré de néphrectomie pour une énorme tumeur kystique d'origine rénale renfermant quatre litres de liquide sanguin.

Cette tumeur présentait de grandes analogies avec celle du malade que nous avons observé en faisant abstraction du siège anatomique. L'examen de la pièce montra que le kyste avait pris naissance devant le rein, qui se trouvait plaqué et aplati derrière la tumeur, exactement contre la capsule propre du rein et la capsule adipeuse. L'examen histologique pratiqué par Letulle, montra qu'il s'agissait d'un énorme embryome périrénal, avec pseudo-kyste hématique ayant pris un développement considérable.

Chez notre malade, il s'agissait vraisemblablement d'un sarcome de la rate à évolution kystique prédominante, dans lequel l'élément kystique avait pris le pas sur l'élément tumeur.

C'est là une cause d'erreur grave entre les hématocèles périspléniques et les tumeurs malignes à évolution kystique de la rate.

Il existe des tumeurs malignes primitives de la rate pouvant donner lieu à des pseudo-kystes hématiques et qui atteignent des dimensions considérables. Le malade que nous avons pu observer dans

le service du docteur Roux de Brignoles présentait une tumeur de l'hypocondre gauche, qui fut diagnostiquée kyste hydatique de la rate. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur kystique à parois épaisses, renfermant de quatre à cinq litres de sang, avec caillots, il fut impossible de trouver dans ces coagula quelque élément de structure cellulaire. Seul, l'examen histologique minutieux et répété de la coque permit de déceler en certains points des cellules, les unes globuleuses, les autres fusiformes, rappelant le tissu sarcomateux. L'analogie entre l'hématocèle périsplénique et le sarcome de la rate à évolution kystique est complète. Dans l'un et l'autre cas, il existe une cavité à parois épaisses dont le contenu est constitué par du sang, des caillots et des masses thrombosées.

Peut-être l'ascite hémorragique qui existait chez notre malade constituerait un argument en faveur de la néoplasie : toutefois, le microscope seul tranche la question. Les transformations partielles de néoplasmes en pseudo-kystes par destruction et fonte cellulaires constituent des faits assez fréquents, mais il est exceptionnel que toute la tumeur, dans sa totalité subisse la transformation kystique. L'élément kystique et hémorragique prenant le pas sur l'élément tumeur que l'on retrouve épars en quelques points de la paroi. Nous ne saurions donner une autre interprétation pathogénique de la tumeur que présentait le malade de M. Roux de Bri-

GNOLES et qui fut étiquetée kyste hématique de la rate après intervention.

Nous admettrions que l'hémorragie peut parfois se produire à l'extérieur de la tumeur, constituant une hématocèle périsplénique. Le néoplasme et la collection hématique évoluant chacun à leur compte, l'hématocèle prendrait même une importance telle qu'elle dominerait le tableau clinique, le néoplasme, origine de l'hémorragie étant comme caché par le développement rapide de la collection sanguine.

Pour nous résumer le kyste hématique de la rate n'est pas une affection propre à cet organe, il se développe aux dépens d'un grand nombre de viscères : foie, rein, capsulee surrénales.

Il est un point sur lequel nous avons pensé à insister, c'est l'évolution de certains sarcomes de la rate à évolution kystique et hémorragique dont la ressemblance avec les hématomes enkystés de la rate est telle qu'elle peut donner lieu à des erreurs graves.

Dans une communication faite à la Société de Chirurgie, SOULIGOUX a présenté un malade chez qui l'intervention montra un vaste hématone sous-phénique droit, contenant plus de deux litres de sang noir mélangé de caillots. Il s'agissait d'un individu de 40 ans qui dans les premiers jours de septembre, en plein travail, est pris sans aucun prodrome, d'une douleur brusque dans l'hypocondre

droit, au-dessous du rebord costal et s'irradiant vers la fosse iliaque et l'épaule droite. Cette douleur s'atténue les jours suivants, mais alors apparaissent une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, de la gêne respiratoire, des crises douloureuses au moment de l'ingestion des aliments. Le 15 septembre, l'homme est pris de frissons intenses qui se répètent les jours suivants. Il entre à l'hôpital le 20.

A l'examen, on constate dans l'hypocondre droit, le long du bord costal, une forte et longue saillie molle, presque fluctuante. Le foie, énorme, s'étend très en dessous de l'ombilic. La percussion dénote sur toute la région une matité absolue remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate et les vibrations thoraciques sont totalement abolies. Pas de fièvre ; l'aspect général et le pouls sont bons. A l'incision, on tombe sur un vaste hématome sous-phénique droit. L'absence de tout traumatisme reconnu par le malade est à noter. L'examen histologique montra qu'elle était simplement constituée par de la fibrine.

Reynier a observé un fait analogue, mais l'hématome sous-phénique siégeait à gauche et il pensait que l'hémorragie avait dû avoir son point de départ dans la capsule surrénale.

Quénu a eu l'occasion d'opérer, il y a deux ans, deux cas d'hématomes enkystés sous-phréniques gauches. Dans aucun de ces cas, on ne pouvait incriminer un traumatisme antérieur, dans aucun, on

ne put d'ailleurs déterminer le point de départ de l'hémorragie : foie, rate ou capsule surrénale.

L'hématome sous-phénique siège le plus souvent à gauche et a comme point de départ la rate et non la capsule surrénale; l'hématome ayant pour origine cet organe, se produisant dans l'espace retro-péritonéal, ou pour mieux dire dans la loge rénale. Il est logique d'admettre que les hématomes sous-phéniques droits se rattachent à la rupture d'un vaisseau hépatique superficiel.

Souligoux a rapporté deux observations de Dionis du Sèjour, que ce chirurgien étiquette « hématomes sous-phéniques ». Dans le premier, il s'agit d'une femme atteinte de hernie ombilicale étranglée : le sac contenait des caillots très abondants qui avaient fusé jusque dans la cavité péritonéale. Le second malade fut admis à l'hôpital pour une hernie ombilicale étranglée. Dionis du Séjour, après avoir incisé cette pseudo hernie tomba dans une poche remplie de sang. Après laparotomie, la cavité abdominale fut trouvée également inondée de sang.

Il s'agit de faits absolument dissemblables et n'ayant aucune analogie avec l'hématome sous-phénique. L'interprétation que donne l'auteur de ses observations ne résiste pas à la critique.

L'hémorragie intra-sacculaire est due vraisemblablement dans le premier cas, à la rupture d'un vaisseau thrombosé, avec infiltration secondaire du sang dans le péritoine.

Pour le second, Souligoux admet l'hypothèse d'un hématome de la gaîne du grand droit, rompu dans la cavité abdominale, ce qui est assez rationel.

Les hématomes sous-phréniques gauches sont le plus souvent des hématocèles périspléniques limitées à la portion de la rate en rapport avec la face inférieure du diaphragme. Leur symptomatologie présente quelques particularités dues à leur siège et à leur évolution thoracique.

L'étude des hémorragies d'origine splénique présentent les plus grandes analogies avec les hémorragies de la trompe qu'on observe au cours de la grossesse ectopique.

Supposons un individu ayant subi un violent traumatisme au niveau de l'hypocondre gauche avec éclatement de la rate, il nous arrivera dans un état de collapsus, extrémités froides, sueurs, pâleur, refroidissement des extrémités, ventre contracturé, matité dans les flancs et dans la fosse iliaque. C'est là le tableau de la rupture tubaire avec inondation péritonéale. Les hémorragies de la trompe gravide ne se présentent pas toujours avec des symptômes aussi graves. Lorsque l'hémorragie est peu abondante, elle tend à s'enkyster, soit qu'elle constitue un hématosalpien, soit que le sang se collecte dans le Douglas et produise une hématocèle rétro-utérine.

Les mêmes faits se reproduisent avec les mêmes particularités cliniques pour les ruptures traumatiques de la rate. L'hémorragie peut, par son abon-

dance, son intensité déterminer des phénomènes d'anémie aiguë, mettre la vie du malade en danger. Mais il n'en est pas toujours ainsi : l'hémorragie consécutive à un traumatisme de la rate peut se limiter, s'enkyster secondairement, soit dans le parenchyme splénique, lorsque la capsule de l'organe est demeurée intacte, soit qu'elle se localise à la loge splénique, après déchirure de la capsule. La symptomatologie de ces hémorragies d'origine splénique est complètement différente de la précédente : ce qui domine ici, ce ne sont plus les phénomènes d'anémie profuse, avec contracture abdominale — ventre de bois. Ce qui caractérise le kyste hématique de la rate, c'est l'apparition d'une tumeur encapsulée, à contours nets, à surface lisse et régulière, à développement rapide et siégeant dans l'hypocondre gauche. Les kystes hématiques de la rate diffèrent autant par l'absence de troubles généraux accusés que par la prédominance de signes physiques, des hémorragies profuses dues à un traumatisme grave de la rate.

Que faut-il entendre par ce terme de kyste hématique? La définition qui nous paraît la plus rationnelle est celle d'hématome enkysté, encapsulé : il ne s'agit pas à proprement parler de kyste vrai. La définition histologique du kyste est une poche constituée par une membrane propre dont la paroi interne est revêtue d'un épithélium plus ou moins différencié, ou d'un endothélium. Supposons que dans cette cavité se produise une hémorragie, nous aurons affaire à un kyste vrai avec épanchement sanguin. Dans le kyste hématique proprement dit, le phénomène initial primitif c'est l'hémorragie, secondairement, à la périphérie de l'hématome la fibrine s'organise, il se produit par diapésèse une infiltration leucocytaire, du tissu fibrino-conjonctif encercle la collection hématique, l'hématome est enkysté. Au stade initial, le kyste hématique a été un hématome diffus à limite indécise ; tardivement, une poche propre s'est formée, qui a encapsulé l'épanchement sanguin. L'examen histologique de la poche montre une paroi fibreuse avec amas fibrineux, mais sans revêtement épithélial. Le terme de pseudo kyste hématique est mieux approprié.

Les signes physiques subissent des modifications en rapport avec l'enkystement de la collection. Au stade d'hématome, la palpation produit une sensation d'empâtement diffus à limite imprécise. Lorsque l'hématome est enkysté, on perçoit une tumeur nettement limitée, tendue, résistante, parfois même fluctuante.

Nous éliminerons du cadre de cette étude toutes les tumeurs kystiques dans la cavité desquelles s'est produite une hémorragie. On ne saurait étiqueter, par exemple, un kyste hydatique avec hémorragie intra-cavitaire : kyste hématique ; de même certains abcès froids ramollis hémorragiques de la rate ne peuvent entrer dans ce groupe.

Au point de vue pathogénique, le kyste hématique a été précédé d'un stade d'hématome diffus, soit que l'hémorragie soit intra-splénique, soit qu'elle se soit produite dans la loge de la rate. Cette transformation de l'hématome diffus en kyste hématique a été nettement observée chez la malade de M. Terrier. « Au mois de juillet suivant, dit l'auteur, on vit apparaître dans la région de la rate une *tuméfaction*, qui grossit progressivement, en même temps que les douleurs augmentaient..... Lorsque je vis la malade à la fin d'octobre 1891, il existait dans la région de la rate une *tumeur* parfaitement appréciable, de forme irrégulièrement sphérique. »

L'évolution de l'hématome en kyste hématique étant un fait établi, la question se pose de savoir par quels phénomènes l'hémostase a lieu dans les traumatismes de la rate, et dans quelles circonstances une plaie de la rate provoque une hémorragie localisée, plutôt qu'une hémorragie diffuse le plus souvent mortelle.

Et d'abord la violence, l'intensité de l'agent traumatisant doit entrer en considération. A la lecture des observations que nous avons recueillies, nous avons pu noter que l'action traumatique était minime, si minime qu'elle avait passé souvent inaperçue : on ne retrouve jamais, dans les antécédents, de grands traumatismes abdominaux où la rate, broyée, éclatée, saigne avec une abondance telle que la vie du sujet est compromise.

La malade de Heurtaux fait une chute sur le dos, dans un escalier d'une hauteur de quatre mar-

ches. Au moment de l'accident, elle ressent dans le flanc gauche une douleur qui persiste quelques jours ; elle continue à vaquer à ses occupations.

La malade de M. Lejars, « trois ans avant le début des douleurs et l'apparition du gonflement, était tombée dans un escalier et s'était violemment heurté le côté gauche : il en était résulté une forte contusion et une large ecchymose de l'hypocondre gauche, rien de plus ; au bout de quelques jours, tout avait disparu.

Il est d'autres conditions qui limitent l'hémorragie, l'empêchent de se diffuser dans la cavité péritonéale, et la capsule de l'organe joue un rôle considérable comme agent mécanique : il est rare que l'enveloppe fibreuse propre de cet organe se déchire. Et cette résistance de la capsule est à opposer aux lésions de ramolissement de la pulpe splénique qui devient friable, diffluente au cours du paludisme. La capsule épaissie par un processus de sclérose acquiert une solidité plus grande : on assiste ainsi à un double processus, d'une part, augmentation de la résistance de la capsule splénique ; d'autre part, friabilité accrue du parenchyme, conditions qui favorisent le développement du kyste hématique.

L'action hémostatique de l'enveloppe splénique ne peut être invoquée lorsque cette dernière rupturée laisse diffuser le sang dans la loge splénique, par quel mécanisme se produit l'enkystement du sang épanché. Camus (Th. de Paris) admet que les

adhérences anciennes « presque constantes, sur les vieilles rates paludiques, fermes et solides, limitent très rapidement l'écoulement sanguin, lorsqu'elles siègent au voisinage de la solution de continuité. Elles cèdent difficilement sous la pression de l'épanchement, qui s'accumulant entre elles, se collecte en une cavité enkystée, indépendante de la grande cavité péritonéale ». Faut-il admettre que ces adhérences sont primitives, et que le sang se collecte dans une cavité préformée, ou bien, les adhérences sont elles consécutives à l'hématome ?

Nous admettons que l'hémorragie d'origine splénique, lorsqu'elle ne résulte pas d'un traumatisme violent, a une tendance remarquable à se collecter et à se localiser dans la loge splénique.

« Constantinesco (Th. de Paris, 1889) a décrit avec beaucoup de détails, sous le nom de loge splénique, l'interstice gastro-diaphragmatique dans lequel se trouve renfermée la rate, interstice qui, nous le répétons, n'est que l'extrémité gauche de la fosse gastrique. Ainsi comprise, la loge splénique est constituée, en dehors, en arrière et en avant, par le diaphragme qui, après avoir décrit sa voûte, vient s'insérer sur les parois du thorax. En dedans elle est formée par la paroi postéro-externe de l'estomac. En bas son plancher, fortement incliné de haut en bas et d'arrière en avant, est successivement représenté, en allant d'arrière en avant, 1° par une partie de la face externe du rein gauche et de la capsule surrénale du même côté ; 2° par le méso-

colon transverse qui va se continuer d'une part avec la portion de péritoine recouvrant le rein et d'autre part avec la paroi latérale de l'abdomen. En dehors du rein, ce même plancher est uniquement constitué par la portion du mésocolon qui s'étend de l'angle du colon à la paroi abdominale latérale et qui porte le nom de ligament phréno colique gauche... La loge splénique est largement ouverte en avant dans la grande cavité péritonéale (in JACOB et TESTUT). Le sang qui s'accumule dans la loge splénique se localise dans cette région d'autant plus facilement que la contracture abdominale tend à fermer la loge en avant et à rendre l'occlusion plus complète.

Pour conclure il nous faut admettre que certaines conditions entrent en jeu pour régulariser l'hémorragie, la limiter, c'est d'abord le rôle de la capsule de la rate qui lorsqu'elle est intacte suffit à opposer une barrière suffisante à l'épanchement sanguin, à endiguer ainsi l'hémorragie.

Lorsque le sang diffuse, aprés rupture de la capsule, dans la loge splénique, il est rationel de supposer que les parois de cette loge, toute virtuelle, constituées par les différents méso et viscères voisins, offrent une résistance suffisante à la diffusion de l'hémorragie.

L'hématome une fois constitué peut se résorber, évolution assez fréquente. D'autres fois il s'enkyste, par organisation du caillot, et par un processus de péritonite adhésive il se crée des adhérences, d'a-

bord molles, puis fibreuses qui encerclent l'hématome, l'encapsulent, ainsi est formé le kyste hématique périsplénique.

Il est un point sur lequel nous voulons attirer l'attention : c'est le mode de production de l'hématocèle périsplénique : celle-ci est parfois primitive d'emblée, elle résulte aussi de la rupture d'un grand hématome sous-capsulaire, c'est alors l'hémorragie à deux temps de Brogsister. M. Morestin a publié une observation typique de cette variété d'hématome.

Si l'évolution de l'hématome en kyste hématique est facile à établir, il est d'autres kystes de la rate dont la pathogénie est encore obscure. Ces kystes vrais par opposition aux faux kystes hématiques ont pour caractère important de présenter une membrane dont la partie interne est revêtue d'un endothélium.

Ce n'est pas sur le contenu du kyste que nous nous basons pour adopter une distinction entre les kystes hématiques et les kystes séreux de la rate, mais plutôt sur la présence d'un revêtement endothélial.

Il est des kystes hématiques dont le contenu d'abord franchement hématique finit par subir des transformations chimiques, devient clair et transparent, inversement il peut se produire à l'intérieur d'un kyste séreux, par déchirure vasculaire, une hémorragie abondante, donnant au liquide les caractères du sang.

John Musser, de Philadelphie, donne des kystes séreux les pathogénies suivantes :

1. Le kyste est dû à la transformation d'un hématome provoqué par la rupture traumatique ou spontanée d'un vaisseau de la rate ; les parties solides du sang se déposent en couches superposées sur les parois, le liquide clair forme le contenu du kyste.

2. Les kystes sont dus à l'évolution d'un lymphangiome.

3. Une invagination de l'endotélium péritonéal évolue à un moment donné et est le point de départ de la formation d'un kyste.

3. Le kyste et le résultat d'un ramollissement localisé du parenchyme splénique consécutif à l'occlusion d'un vaisseau dégénéré, dégénérescence amyloïde cas de Kopyloff.

5. Le kyste se développerait par le mécanisme suivant : rupture de la capsule, protrusion de la pulpe, fermeture de la cavité ainsi produite et développement d'un kyste.

Nous empruntons à Camus le tableau suivant montrant les caractères différents des deux grosses variétés des kystes de la rate.

KYSTES HÉMATIQUES	KYSTES VRAIS OU SÉREUX
1° Fréquence	
Peu fréquents.	Excessivement rares.
2° Nombre	
Toujours unique.	Unique ou multiples.
3° Situation	
Toujours superficiels, sous-capsulaires ou péri-spléniques.	Superficiels, quelquefois intra-parenchymateux, augmentant le volume de la rate qu'ils déforment.
4° Volume	
Considérable. De 8 à 10 litres.	Volume noix à œuf de dinde. Volume en raison inverse du nombre.
5° Forme	
Assez réguliers lorsqu'ils sont sous-capsulaires. S'ils sont péri-spléniques, ils épousent la forme de la loge splénique distendue.	Plus ou moins bosselés.
6° Cavité	
Toujours uniloculaires.	Uni ou multi-loculaire.
7° Paroi	
Membrane fibreuse très dense. De gros vaisseaux peuvent ramper accolés à la surface extérieure du kyste. Surface intérieure dépourvue d'endothéliome tomenteux.	Membrane blanchâtre nacrée ou ecchymotique, vasculaire revêtue d'un endothélium pavimenteux sur la face interne qui est lisse.

8° Examen macroscopique du contenu

A) Sanguin ou séro-sanguin. Grumeaux fibrineux et débris de pulpe splénique. Liquide épais, quelquefois assez limpide.	A) Séreux ou séro-sanguin, pas de débris de pulpe splénique. Liquide limpide, quelquefois assez visqueux, gélatineux.

9° Analyse du liquide

Constitution complexe. Globules sanguins plus ou moins altérés. Leucocytes, cristaux de cholestérine, sels minéraux, urée, granulations sanguines. Densité 1030.	Constitution simple des kystes ordinaires, résidus solides, albumine, globules sanguins, leucocytes, cristaux de cholestérine. Densité moins élevée. 1010. 1020.

10° Evolution

Longtemps stationnaire. Subissent un accroissement tardif qui peut être très rapide.	Accroissement progressif plus rapide à partir d'un certain moment.

11° Pathogénie

Enkystement d'un hématome	A) Origine lymphatique. a) Ectasie (Aschoff, Kühne.) b) Néoformation lymphatique (Finck. Otto.) B. Etranglement de l'endothélium péritonéal. a) par rupture de la rate. (Beneke, Ramdohr.) b) une cause inflammatoire embryonnaire (Renggli et Ribbert) ou post-embryonnaire (Kühne).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après Finlelstein il convient de distinguer deux sortes de kystes non parasitoire de la rate : les petits kystes et les grands kystes. Les petits kystes sont sans intérêts cliniques, multiples, dans les rates qui présentent des altérations aiguës ou chroniques.

Les grands kystes comprennent deux groupes ; les kystes vrais, avec capsule nettement distincte et une paroi interne endothéliale, et les faux kystes hématiques, dont l'étude nous intéresse particulièrement.

Les hématômes enkystés d'origine splénique peuvent avoir un siège intra-parenthymateux suivant que la capsule de la rate est intacte, d'autrefois ils se collectent dans la loge splénique constituant les hématocèles périspléniques.

Nous ne saurions donner une description plus nette de l'hématome périsplénique que celle qu'à

rapportée L. Morestin. « Le 15 août dit cet auteur je pratiquai une incision verticale sur le bord externe du muscle droit du côté gauche, incision de 10 centimètres commençant au niveau du rebord costal et répondant à la partie la plus saillante de la tumeur. L'épaississement, l'induration la teinte œreuse du péritoine m'indiquèrent bientôt que la collection était très superficielle, que le kyste, si kyste il y avait, devait être adhérent à la paroi. Poursuivant, j'incisai le péritoine. A peine avais-je traversé le feuillet pariétal de la séreuse que je donnais issue à une très grande quantité de liquide hématique. La poche se vida, torentiellement, cependant que le ventre s'affaissait à vue d'œil....

Le liquide, les caillots, les amas fibrineux rappelaient ce que l'on trouve dane les vieilles hématocèles. La cavité irrégulière qui les contenait s'enfonçait très loin dans la voute du diaphragme. La collection semblait limitée par des adhérences, par l'accolement des organes voisins et par un processus de défense du péritoine ».

Le contenu de ces collections périspléniques est constitué par du sang coagulé modifié histologiquement on reconnait dans les trames fibrineuses et plus particulièrement dans les mailles des amas de globules rouges altérés.

L'étude de la poche présente un intérêt tout particulier, au point de vue opératoire. Il n'existe pas une paroi limitante, isolable, extirpable: la membrane d'enveloppe, de l'hématome se crée par un double

processus, de péritonite plastique et fibreuse et par organisation du caillot. L'extirpation de la poche est illusoire, irréalisable étant donné les conversions intimes qu'elle présente avec les viscères voisins.

« J'essayai dit M. Morstin de disséquer et d'isoler la paroi ; mais je dus bien vite reconnaître l'inutilité de cette tentative ».

L'hématocèle périsplénique peut envahir la loge splenique dans sa totalité d'autre fois elle se limite à la partie supérieure de cette loge à l'espace sous diaphragmatique.

Un certain nombre d'hématomes sous-phéniques gauches reconnaissent une origine splénique ; mais il faut avoir soin de distinguer des hématones sous-phéniques, les kystes sous-phréniques, surrénaux ou autres à contenu sanguin, comme le fait remarquer M. Quénu.

Les hématomes sous-phéniques tirent leur symptomatologie de leur siège et de leur évolution thoracique, la prédominance des manifestations respiratoires, la voussure de la base du thorax peuvent faire porter le diagnostic d'épanchement pleural.

Les kystes hématiques intra-spléniques se distinguent des hématocèles péri-spléniques par leur volume moindre ils n'acquièrent jamais les dimensions des hématomes qui s'enkystent dans la loge splénique. Leur volume dépasse rarement celui d'une tête de fœtus. Ils se développent à la

périphérie de la rate et au niveau du pôle inférieur (Finkelstein).

La tumeur occupe généralement la moitié inférieure de la rate (Landelins) elle a peu de tendance à s'ouvrir dans les organes voisins, avec lesquels elle contracte fréquemment des adhérences. Nous d'avons pas trouvé d'observation où la rate fut envahie dans sa totalité par la collection hématique et réduite e une simple coque fibreuse. Le plus souvent, à côté du kyste hématique et plus ou moins séparé de celui-ci, on reconnaît la pulpe splénique altérée. Le kyste hématique coexiste presque toujours avec une splénomégalie qui n'est pas due au développement du kyste, mais en rapport avec une lésion primitive de l'organe. Dans l'observation de M. Aubert, la rate volumineuse était lobée par de profondes scissures, au niveau des bords antérieur et postérieur.

Le kyste hématique sous-capsulaire a une tendance à se porter à la périphérie de la rate et dessine ainsi une saillie sphérique, à surface lisse et régulière alors que les kystes séreux ont une surfaae bosselée, mamelonnée. Il s'insère à la rate par une large base d'implantation, il n'existe pas à notre connaissance de kystes hématiques pédiculés. Ce sont presque toujours des tumeurs sessiles.

La pulpe splénique péri-kystique présente une friabilité remarquable (Brunswic-le-Bihan). Dans le cas de Jordan, la tumeur qui pesait quatre kilo-

grammes avait presque complètement détruit le tissu splénique.

La paroi du kyste par sa face péritonéale présente une coloration violacée avec réseau veineux très développé.

Les kystes hématiques de la rate sont toujours uniloculaires, c'est un caractère morphologique qui les différencie des kystes séreux, le plus souvent cloisonnés et présentant plusieurs loges, donnant à la tumeur un aspect bosselé.

La paroi interne du kyste est irrégulière, tomenteuse, avec des saillies irrégulières dûes au dépôt de la fibrine, dans les kystes anciens, on voit se former des productions calcaires, avec dépôt minéraux qui incrustent la poche. L'épaisseur de la paroi est très variable, tantôt, mince, friable, elle acquiert avec le temps une consistance dure, fibreuse. Histologiquement on reconnait une série de couches qui sont en allant de la face péritonéale à l'intérieur : 1° l'endothélium de revètement péritonéal ; 2° des masses fibrineuses englobant de nombreux globules rouges plus ou moins altérés , 3° une couche moyenne formée par les stratifications superposées de fibres conjonctives, avec rares éléments jeunes. En se rapprochant de la partie interne, on rencontre la coupe de nombreux vaisseaux à paroi organisée. Au contact de la couche de fibrine en certains points, une infiltration de cellules embryonnaires.

Lorsque l'hématome est récent, on peut suivre les différentes phases de l'enkystement, la partie liquide du sang se collecte au centre, à la périphérie se dépose la fibrine. Bientôt il se produit par diapèse une infiltration embryonnaire intense ; ces éléments cellulaires ronds poussent de fines fibrilles conjonctives, deviennent de plus en plus rares par transformation en tissu fibreux adulte. L'hématome est devenu un kyste hématique. Le sérum peut lui-même être résorbé. « Le tissu splénique est alors rempli par des masses de fibrine et par des caillots.» Durante-Landeliers qui a étudié la constitution d'une parcelle de la paroi d'un kyste hématique y a décrit de nombreux éléments élastiques avec tissus fibromateux par endroits. D'après le même auteur, la paroi du kyste peut être, en grande partie, constituée par le parenchyme splénique, qui prend un aspect aréolaire.

La confusion de ces kystes hématiques avec certaines tumeurs malignes à évolution kystique et hémorragique est très possible. Mais les éléments sarcomateux se différencient des cellules embryonnaires qui infiltrent la paroi du kyste par leurs dimensions plus grandes, leur irrégularité, la présence d'un noyau volumineux et leur forme atypique.

Le contenu du kyste est constitué par des amas de sang coagulé : le sang est rarement à l'état liquide ; il se coagule très rapidement. Il est difficile de retrouver parmi ces coagulas, quelques éléments qui rappellent le tissu splénique.

Rappelons l'analyse du liquide pratiquée par M. Andrau de Nantes dans le cas de Heurtaux.

Globules rouges et blancs	0.712
Sérine	3.396
Sérum Globuline	2.194
Urée	0.021
Cholestérine	0.480
Chlorures alcalins	0 608
Sulfate carbonate	0.210
Principes non dosés (leucime etc)	0.975
Eau	91.404

Il est un point sur lequel il faut être averti ; c'est la présence d'urée dans le liquide. Les kystes spléniques présentant les mêmes signes physiques que l'hydronéphrose, si la ponction de ces tumeurs ramène un liquide, dans lequel l'analyse décèle la présence d'urée, il est facile de confondre ces deux affections.

Livois relate qu'à l'autopsie d'un individu atteint de kyste hématique de la rate, il s'écoula à l'ouverture de l'abdomen une grande quantité de sérosité rougeâtre. C'est la premiere fois que l'on note la présence d'ascite hémorragique. Dans les cas de kyste hématique, la sérosité rose dans le péritoine est due, pensons-nous, à la transsudation du contenu kystique à travers la paroi. Nous avons pu observer chez l'opéré de M. Roux de Brignoles la présence d'ascite hémorragique franche qne nous attribuons à une péritonite spécifique.

La présence du liquide rose dans le péritoine au cours des kystes hématiques est attribuable à une filtration du sang à travers la poche ; il a une signification diagnostique importante dans les cas de néoplasme à évolution kysto-hémorragique, où l'ascite hémorragique semble être provoque par une réaction du péritoine à l'envahissement par le néoplasme.

Histoire Clinique

Avant de donner une description d'ensemble de la symptomatologie des kystes hématiques de la rate, nous tenons à relater un cas typique de cette affection.

OBSERVATION (Inédite)

Due à l'obligeance du Dr Aubert chirurgien des Hôpitaux, (service de M. le docteur Roux de Brignoles).

Marie B..., 27 ans. Entrée à la Conception le 6 novembre 1902. Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler. Antécédents personnels : Réglée à 16 ans, sans aucun trouble. Mariée à 22 ans, elle a eu deux grossesses à terme, l'une à 23 ans, l'autre à 25 ans. L'évolution de ces deux grossesses a été normale, ainsi que l'accouchement, sauf le 2me, où la délivrance a été accompagnée d'une hémorragie assez abondante. Une seule maladie infectieuse : la rougeole à 11 ans, qui n'a laissé aucune suite. Ni syphilis, ni tuberculose. Jamais de paludisme. Bonne santé habituelle. Le 24 juillet

1901, la malade, en descendant un escalier, est prise d'un vertige, perd connaissance, se trouve par terre, et, à son réveil, elle éprouve une douleur très vive dans le flanc gauche. Elle pent, avec l'aide d'une personne, se relever et se couche. Il persiste une douleur lancinante au niveau de la région splénique irradiée vers le pubis, la cuisse gauche et le dos. On ne constate aucune lésion cutanée, ni ecchymose, ci plaie.

25 juillet. — L'application de sangsues calme la douleur. Le surlendemain, la malade fait un trajet en voiture au cours duquel les douleurs reprennent, moins vives que précédemment. Le repos amène une sédation complète des phénomènes douloureux. Depuis, cette femme n'a plus souffert, elle accuse uniquement une sensation de gêne, de pesanteur.

Quelque temps après, deux mois environ, la malade s'aperçoit que son ventre avait légèrement augmenté de volume ; un an après le début de la maladie, elle va consulter un médecin qui porte le diagnostic de kyste de l'ovaire et conseille une intervention.

Examen. — Jeune femme assez bien portante. Toucher combiné au palper. Le petit bassin est occupé par une tumeur volumineuse, mobile, indolore, à surface lisse rémittente, et qui ballotte très nettement. Utérus normal, cul-de-sac souples. Pas de phénomènes de compression.

Opération le 2 novembre 1902. La malade est mise en position de Trendelenburg. On constate une saillie globuleuse sur la ligne médiane vers l'ombilic, analogue à celle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Laparotomie médiane sous-ombilicale. La tumeur est remontée, sous le diaphragme, dans l'hypocondre gauche. On constate que cette grosseur est constituée par la rate ptosée et dont le ligament

gastro-splénique est considérablement étiré, au point de permettre à l'organe de tomber jusque dans le petit bassin. A la rate, sur la face convexe, adhère une poche kystique à parois épaisses, jaune gris, du volume d'une tête de fœtus, La rate est volumineuse, lobée par de profondes scissures, au niveau des bords antérieur et postérieur.

Extériorisation de la rate et du kyste qui y est implanté. A l'ouverture du kyste, il s'écoule un liquide noirâtre, assez épais, avec masses broussées brun jaunâtres, adhérentes à la paroi du kyste. Ablation de la poche par section au niveau de la circonférence d'insertion. On essaye de décoller de la rate la portion de la poche grande comme un fond de verre qui est restée adhérente à l'organe et qui constitue la base d'implantation ; le plan de clivage est impossible à trouver. On gratte cette surface à la curette, puis cautérisation.

Pour enfouir cette zône cruentée, on passe un faufil en bourse, et afin de parfaire le capitonnage, surjet de gros catgut. Réintégration de la rate et fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires normales. La malade se lève le quinzième jour, guérie. A la palpation, on sent entre l'ombilic et le rebord costal gauche, la rate mobile et une saillie sur sa face convexe.

Nous distinguerons dans l'étude clinique des kystes hématiques de la rate deux périodes : une période de début caractérisée par la présence d'une tuméfaction dans la loge splénique, avec phénomènes aigus, douleurs vives, parfois élévation de température, traduisant la présence d'un hématome ; ultérieurement, ces signes s'amendent et progressi-

vement après une phase de rémission plus ou moins longue, s'installe la période d'état, au cours de laquelle on voit apparaître une tumeur kystique, à limites nettes, remarquable par l'absence de troubles fonctionnels marqués : période de kyste proprement dite.

C'est ainsi que le malade de Bacelli, après un traumatisme dans la région lombaire, éprouve une douleur très vive, se trouve bien pendant quatre jours, dix jours après, réapparition d'une douleur intense qui dure pendant deux mois, disparait ensuite, spontanément. Et alors « la malade s'aperçut qu'elle portait dans la région de l'hypocondre gauche une tumeur qui augmentait manifestement de volume ».

Heurtaux « Il y a huit ans cette jeune fille a fait une chute sur le dos, dans un escalier d'une hauteur de quatre marches. Au moment de l'accident, elle a ressenti dans le flanc gauche une douleur qui a persisté pendant quelques jours. Un an après Mlle L... s'est aperçu qu'elle avait dans le flanc gauche une grosseur du volume du poing ».

Il n'en est pas toujours ainsi, la phase de rémission fait parfois défaut, et l'on voit les deux périodes se succéder rapidement.

Période d'hématome. — Le premier symptôme en date c'est la douleur. Un malade, après un traumatisme, éprouve une douleur intense dans l'hypocondre, cette douleur s'irradie à distance,

elle a un début brusque, son acuité est telle qu'elle peut provoquer une syncope.

« La douleur est si vive que le malade de Morestin, après avoir reçu un coup de poing dans l'hypocondre gauche, abandonna aussitôt la lutte, contraint de s'asseoir et craignant de perdre connaissance. » Après avoir atteint son acmé, la douleur se calme par le repos, elle se reproduit à la suite d'une marche ou d'un trajet en voiture comme dans le cas de M. Aubert.

De même, Lejars raconte que sa malade « fut prise subitement de douleurs aiguës à la région épigastrique, de vomissements, de diarrhée ».

Le siège de la douleur est variable, de l'épigastre ou de l'hypocondre gauche elle s'irradie dans le dos, l'épaule gauche, d'autres fois elle se propage vers la fosse iliaque et dans les lombes gauches et jusque dans le membre inférieur du même côté.

Elle s'accompagne de vomissements, de contracture abdominale. Cette douleur est spontanée, la pression de l'abdomen l'exagère.

Les signes locaux font souvent défaut, la contracture abdominale réflexe gêne l'exploration de la région lombaire, la percussion montre une augmentation de la zone de matité splénique.

Ces phénomènes aigus s'améliorent rapidement, leur durée ne dépasse pas 48 heures, ils se reproduisent à la suite d'un défaut de thérapeutique, ils correspondent à la production de nouvelles hémor-

ragies. Ils n'ont pas l'allure de gravité des hémorragies foudroyantes consécutives à un broiement de la rate.

Il est un signe que nous avons vu rarement signaler dans les observations publiées, c'est l'élévation de température en dehors de toute infection de la poche.

L'hyperthermie au cours de l'hématocèle rétro-utérine et dans l'hémo-thorax est un fait bien établi et indéniable.

Les expériences de Gangolphe et Courmont ont montré dans les produits de sécrétion des gangrènes aseptiques des substances pyrétogènes.

Pour M. Pillon, la substance pyrétogène provient 1° des produits de nécrobiose des cellules lésées mécaniquement ou bien, élaborés par les éléments anatomiques troublés dans leur vitalité, et 2° des produits sécrétés par les globules blancs migrateurs.

L'hyperthermie à la phase d'hématome et au début est attribuable à la résorbtion des substances pyrétogènes provoquées par la destruction des éléments anatomiques. Elle n'a pas la signification de l'élévation de température tardive dont la cause est l'infection de la poche hématique.

En résumé, douleur, tuméfaction ou plutôt contracture de l'hypocondre gauche s'accompagnant de phénomènes péritonéaux, vomissements, météorisme, accélération du pouls, tous signes survenant à la suite d'un traumatisme, traduisent la formation

d'un épanchement hématique, soit dans la rate même, soit dans la loge splénique.

Dans la grande majorité des cas, le kyste hématique a été précédé de signes à allure aiguë ou subaiguë en rapport avec la production de l'hématome. La période de rémission entre la phase d'hématome et d'enkystement est notée dans un certain nombre d'observations de kystes intra-spléniques, elle fait souvent défaut dans l'hématocèle périsplénique où l'évolution progressive et le développement, parfois énorme, de la collection hématique, indiquant la continuité de l'hémorragie, donnent à cette affection un caractère de gravité particulier.

Si l'on essaie d'obtenir une explication de l'évolution si différente du kyste intra-splénique et de l'hématocèle périsplénique, on est tenté d'invoquer le rôle de la capsule propre de la rate qui, intacte, s'oppose à la production d'une hémorragie abondante. Dans l'hématome périsplénique, l'hémostase est plus lente à se produire, l'hémorragie plus grave par son abondance et sa continuité, l'enkystement plus lent. Rapidement la collection hématique prend un volume considérable, d'autant plus que, dans cette énorme poche, peuvent se produire de nouvelles hémorragies ; toutes ces conditions donnent à l'hématocèle périsplénique une allure particulière dont la marche envahissante, le développement rapide, la douleur provoquée par la distension et la compression des viscères constituent les caractères principaux.

D'autre part, l'enkystement de ces collections périspléniques n'est jamais aussi parfait que dans l'hématome intra-splénique, les hémorragies récidivantes avec poussées aiguës plus fréquentes, les risques de rupture secondaire du pseudo kyste plus réels.

La symptomatologie des hématocèles périspléniques tire de ces causes ses caractères d'affection à allure aiguë, avec prédominence des symptômes fonctionnels.

Phase d'enkystement. — La lecture des observations que nous avons recueillies montre que la phase d'enkystement est caractérisée par l'apparition d'une tumeur dont nous allons noter les traits importants.

Les caractères de cette tumeur kystique sont variables suivant que la poche se développe au centre de la pulpe splénique ou qu'elle évolue d'une façon excentrique, à la périphérie de l'organe. Dans le premier cas, la rate est uniformément hypertrophiée. Il s'agit d'une splénomégalie totale : cette éventualité est exceptionnelle. Dans la grande majorité des cas, la collection se porte à la périphérie de la rate, il s'agit d'une tumeur surajoutée à la rate, facilement perceptible à l'exploration.

A l'inspection, la tumeur détermine une voussure qui s'étend en hauteur, du rebord costal gauche à la crête iliaque et à l'arcade crurale, en largeur de la ligne blanche à la ligne axillaire.

Dans l'hématocèle péri-splénique à grand enkystement, on peut voir apparaître un léger développement du réseau veineux sous-cutané abdominal, la coloration de la peau est normale. Chez le malade que nous avons observé dans le service du docteur Roux de Brignoles, atteint, il est vrai, de sarcome à évolution kysto-hématique, nous avons vu vu s'établir des suffusions sanguines sous-dermiques, véritables lividités hypostatiques que nous pensons devsir attribuer à l'infiltration hématique, à travers les plans musculo-aponévrotiques de la paroi.

La percussion dénote une matité complète. Bircher a pu établir chez un de ses malades le siège de l'intestin par rapport à la tumeur : il existait une bande sonore coupant en écharpe la matité du kyste et due au colon transverse : il n'existerait donc pas d'élément distinctif dans le diagnostic des kystes de la rate et des tumeurs du rein gauche, mais l'absence de contact lombaire et de ballottement seraient plutôt en faveur du kyste splénique Les kystes intra-spléniques ont une consistance rénittente, d'autres fois ils sont franchement fluctuants.

Les symptômes fonctionnels font très souvent défaut. La douleur est peu accusée, tout au plus existe-t-il de la gêne avec sensation de pesanteur. La tumeur évolue lentement, ne provoque aucun trouble et sans retentir sur l'état général qui demeure parfait.

Hématomes périspléniques. — Les hématomes enkystés dans la loge splénique, se présentent avec une symptomatologie différente. Leur évolution plus rapide, leur développement parfois énorme, l'exagération des phénomènes douloureux constituent les caractères principaux de ces collections.

Nous retrouvons ces particularités dans l'observation de Morestin. « Au bout d'un mois environ après l'accident, dit l'auteur, une tumeur fut perçue au-dessous du rebord costal. Bientôt cette masse prit des proportions considérables, formant une grosse voussure très visible à l'œil nu. L'état général s'altérait de plus en plus. Le sujet maigrissait avec rapidité et plus loin... le malade est privé d'appétit. Les digestions sont pénibles. »

L'hématome peut se diffuser à toute la loge splénique, mais dans certains cas il se localise à l'espace sous-diaphragmatique, les signes physiques sont différents et font croire à une affection thoracique; outre que la dyspnée, la toux sèche et la présence de quelques frottements ajoutent à la difficulté du diagnostic, nous pensons que dans ces faits rares l'examen à l'écran présente une importance considérable.

Il est un signe sur lequel Heinricius insiste avec raison, c'est le frottement périsplénique isochrone à la respiration et perceptible à la palpation ; distinct du frémissement hydatique, il est dû

à l'exsudat fibrineux que provoque l'inflammation du péritoine, mais son mécanisme le plus rationnel est provoqué par l'écrasement des caillots sanguins, on ne saurait mieux le comparer à la crépitation neigeuse ou même amidonnée des hématomes superficiels. Ce phénomène s'observe dans les hématocèles périspléniques récentes, nous l'avons remarqué très nettement chez notre malade.

Examen du sang. — Landelius a signalé une augmentation des globules blancs dont le nombre peut atteindre 13.500 avec 74 % de polynuclaires. Le même fait a été noté par Dimarchis qui insiste sur l'accroissement du nombre des leucocytes polynucléaires éosinophiles. D'après cet auteur, on observe une augmentation des polynucléaires éosinophiles de 6,61 %, l'absence de parasites. L'hyperleucocytose éosinophilique ne peut pas servir de caractère distinctif dans le diagnostic d'un kyste hydatique et d'un kyste non parasitaire.

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS. TERMINAISON

De l'étude clinique de ces collections hématiques il découle que l'évolution diffère suivant qu'il s'agit d'un kyste hématique intra-splénique, sous-capsulaire ou d'une hématocèle périsplénique. Le kyste intra-splénique présente une évolution lente, progressive, remarquable par l'absence de troubles fonctionnels bien accusés. ROUTIER a signalé la transformation fibrineuse d'un kyste hématique de la rate par résorption du sérum sanguin.

Les hematomes enkystés péri-spléniques se caractérisent par leur développement énorme et rapide, rappelant celui des tumeurs malignes. Les hémorragies récidivantes aggravent leur pronostic. La rupture secondaire de la poche et la suppuration constituent une complication sérieuse.

DIAGNOSTIC

S'il nous fallait faire une étude diagnostique complète des kystes hématiques de la rate, nous pensons qu'il n'est pas de tumeur abdominale qui ne puisse être confondue avec les kystes qui font l'objet de notre travail.

Nous n'avons pas la prétention de trancher la question. Il est un point qui a attiré notre attention, c'est la confusion possible entre les kystes hématiques spléniques et certains sarcomes à évolution kysto-hématique.

Nous reproduisons ci-dessous l'observation d'un malade qu'il nous a été donné de suivre dans le service du Dr Roux de Brignoles et pour lequel le diagnostic de kyste hématique de la rate avait été posé après laparotomie : l'évolution ultérieure de la maladie montra qu'il s'agissait en réalité de sarcomatose.

OBSERVATION

A... Eugène, 38 ans, homme d'équipe.

Dans ses antécédents, pas de spécifité, ni tuberculose, ni paludisme.

Dans le courant de septembre 1911, cet homme qui avait jusqu'alors joui d'un bon état de santé, subit un traumatisme sur le flanc gauche, éprouve une douleur assez vive, puis au bout de deux jours reprend son travail. Un mois après, il s'aperçoit que son ventre augmente de volume, il éprouve en même temps une douleur sourde. En novembre il entre à l'hôpital, où il ne fait qu'un séjour de 24 heures: à ce moment on constate une tumeur dans l'hypocondre gauche qu'on pense être un kyste hydatique du rein gauche ou de la rate. Depuis, la tumeur progresse rapidement, et en décembre 1911, le malade vient consulter le Dr Roux de Brignolles.

A l'examen, on remarque une tumeur soulevant l'hypocondre, le flanc gauche remonte jusqu'au creux épigastrique, déborde légèrement la ligne blanche.

Circulation collatérale à gauche. A la palpation, on perçoit une tumeur kystique à surface lisse et régulière, tendue et rénittente, de consistance partout égale. Pas de contact lobaire. L'abdomen est indolore à la pression. Pas de ballottement. On a très nettement la sensation de crépitation neigeuse.

A la percussion, matité dans l'hypocondre, le flanc gauche, descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, déborde de cinq travers de doigt la ligne médiane latéralement. Absence du flot, pas de frémissement

hydatique. Les anses intestinales sont refoulées au niveau du creux épigastrique.

Les troubles fonctionnels sont obscurs. Le malade est légèrement dyspnéique à la suite d'un effort, il accuse une sensation de gêne, de pesanteur. Jamais de douleurs bien vives. Légène anorexie, constipation opiniâtre, pas de dégoût pour les viandes ni les graisses, pas d'urticaire.

Pas de troubles urinaires, ni hématurie, ni oligurie. Pas d'albumine.

L'état général est peu atteint. Pas d'amaigrissement, mais anémie profonde, muqueuses décolorées, teinte subictérique.

Formule sanguine :

Hématies	3.534.000
Leucocytes	10.280
Taux de l'hémoglobine	0,37

Formule leucocytaire :

Lymphocytes	30 o/o
Grands mononucléaires	9 o/o
Polynucléaires neutrophiles	59 o/o
Eosinophiles	1 o/o
Myélocytes basophiles	0,33 o/o
Hématies nucléées	0,66 o/o

Opération pratiquée le 11 janvier 1912 par le Dr Roux de Brignoles. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ascite hémorragique. On tombe sur une vaste poche, à parois épaisses, sillonnée de veines turgescentes, qui envahit l'hypocondre, le flanc gauche. On essaie d'extérioriser la tumeur, mais toute tentative d'extirpation de la tumeur est

jugée vaine, les adhérences sont si épaisses qu'on risque de blesser l'intestin. Protection du péritoine au moyen de grandes compresses. Ponction de la poche avec le trocart à kyste : on retire de 6 à 7 litres de sang coagulé, avec caillots truffés. Excision partielle de la poche. L'exploration de la rate montre cet organe peu modifié. Tamponnement, drainage de la cavité. Fermeture de la paroi aux fils d'argent.

Suites opératoires. — Les gazes sont enlevées le 4e jour. Il ne se produit pas d'hémorragie, la cicatrisation se fait rapidement, malgré la persistance d'une fistule qui s'oblitère spontanément. Le malade sort complètement guéri le 22 mars 1912. A ce moment, on constatait une tumeur de volume considérablement réduit dans l'hypocondre gauche. L'état général est parfait.

L'examen histologique de la poche, qui était épaisse de 15 millimètres, montra, parmi un enchevêtrement inextricable de mailles fibrineuses. des hématies en voie de désintégration, par endroits, du tissu fibreux adulte. Sur la paroi interne, on remarquait des amas de cellules arrondies, clairsemées et auxquelles on ne crut pas devoir attribuer un caractère malin. Il fut impossible de reconnaître, dans les coagula, le moindre débris de tissu splénique.

Le diagnostic anatomo-clinique probable était celui d'hématocèle périsplénique.

Nous eûmes l'occasion de revoir ce malade en juin 1912, où il rentra une seconde fois dans le service du Dr Roux de Brignoles.

Sorti de l'hôpital en mars 1912, cet homme reprend son travail le 1er mai sans éprouver la moindre fatigue. Dans la première semaine de juin, réapparition des douleurs en ceinture, continues, sourdes, en même temps que le ventre

augmente de volume. Pas de vomissements, anorexie. Léger amaigrissement, décoloration des muqueuses.

Le ventre est soulevé au niveau du creux épigastrique, dans l'hypocondre droit, le flanc droit, réseau veineux à l'hypocondre. La palpation provoque de la douleur au-dessous du rebord costal gauche, délimite une tumeur kystique, bosselée, rénittente, fluctuante en certains points, qui s'étend de l'appendice niphoïde à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic dans le diamètre vertical : dans le sens horizontal, de la ligne axillaire gauche au cartilage costal de la 10e côte droite.

A la percussion la matité hépatique est normale.

En présence de ces signes, notre maître, M. le Dr Roux de Brignoles pense à une hémorragie récidivante dans l'ancienne poche, mais se refuse à intervenir pour les deux raisons que la splénectomie, seule intervention rationnelle, est impraticable et que d'autre part la simple kystostomie est illusoire.

La tumeur ne fait qu'accroître de volume, vers la fin juillet elle avait envahi tout l'abdomen. Dès lors, l'état général décline, le malade maigrit et la cachexie s'installe rapidement. L'œdème envahit les membres inférieurs. Sur le ventre distendu apparaissent des ecchymoses dues à l'infiltration sanguine.

Devant cette déchéance de l'organisme, l'envahissement et l'accroissement rapides de la tumeur, on émet l'hypothèse d'une néoplasie maligne qui fut confirmée par un examen approfondi des fragments de la poche, enlevée au cours de la première intervention.

Mort dans le marasme le 15 août 1912. L'autopsie ne put être faite.

TRAITEMENT

Nous ne ferons que signaler les différents modes de traitement employés à la période préantiseptique tels qu'ouverture par les caustiques (Rousset, Quintard) ou la ponction, ils ne présentent qu'un intérêt historique. Et nous passons au seul traitement rationel et logique des kystes hématiques de la rate, la laparotomie suivie ou non de l'ablation de la rate.

La chirurgie des kystes hématiques de la rate est conservatrice ou radicale.

Indications du Traitement conservateur

Dans une statistique de Ch. Powers (Denver) nous notons que le traitement employé a été :

Ponction, incision, drainage, masurpialisation, 13 cas, 3 morts, 7 guérisons, 2 fistules.

Résection du kyste, 5 cas, 5 guérisons.

Splenectomie, 10 cas, 10 guérisons.

Lieblein signale les hémorragies gastro-intestinales post-opératoires comme le danger de la splénectomie. Litter et Bardenheuer préfèrent la résection du kyste. Kehr réserve la splénectomie aux kystes à parois minces avec rate atrophiée et non adhérente.

D'après Finkelstein

Ponction ou ouverture du kyste avec les caustiques	11 cas 2 morts
Incision et drainage	19 cas 1 mort
Résection partielle ou totale du kyste	7 cas 1 mort
Splénectomie	27 cas 2 morts

Les indications du traitement conservateur (Powers) découlent de l'état de la rate. La splénectomie n'est indiquée que dans les cas de destruction étendue de la rate, par la tumeur elle-même ou par le processus causal du kyste ou les complications ultérieures. Telle est l'opinion de Kehr.

Il est d'autres considérations qui doivent faire pencher en faveur d'une thérapeutique conservatrice. Ce sont les difficultés opératoires. Il est illusoire de pratiquer la splénectomie au prix de délabrements considérables, lorsque la rate perdue dans une masse d'adhérences dures, épaisses, est opératoirement inextirpable, les dangers sont d'autant plus accrus que l'hémostase est longue et péni-

ble. D'ailleurs, dans ces volumineux hématomes périspléniques, l'organe est parfois invisible (Morestin).

Les seuls inconvénients de la marsupialisation résultent de la lenteur de la cicatrisation de la poche et de la persistance d'une fistule dont l'oblitération s'effectue lentement.

Les risques d'hémorragie, après l'ouverture de l'hématocèle sont minimes lorsque l'hémorragie est ancienne et dans le cas de M. Roux, de Brignoles, où il s'agissait d'un sarcome kysto-hématique en pleine évolution, nous n'avons à aucun moment eu à redouter cette complication grave.

La simple incision avec drainage est encore le traitement de choix dans les hématocèles périsplé-niques suppurées.

Quant aux tumeurs malignes kystiques, l'abstention est de règle, mais si la tumeur par son développement considérable provoque des phénomènes de compression sérieux. La paracentèse est le seul traitement palliatif.

La résection du kyste tire ses indications de son siège sous-capsulaire, c'est l'opération de choix lorsque la tumeur est pédiculée. Dans les hématomes enkystés profonds intra-spléniques, l'incision suivie de l'évacuation du contenu de la poche et avec capitonnage de la rate, est à conseiller.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée).

CRÉDÉ (« Arch. de Langenbeck » (1882. t. XXVIII, p. 401.)
d'après VAUVERTS.

Kyste de la rate. Splénectomie. Guérison.

Homme de 44 ans. A la suite d'un traumatisme dans la région de la rate, il éprouve de vives douleurs qui durent cinq jours consécutifs. Un an avant l'opération, il remarque du côté gauche de l'abdomen une tumeur du volume du poing, sensible à une forte pression et qui grossit rapidement.

L'opération montre une tumeur à parois minces, contenant 1350 grammes d'un liquide jaune, limpide, et contenant de nombreux cristaux de cholestérine que Crédé évacue par la ponction.

Splénectomie. Guérison, Dès le huitième jour qui suivit l'opération, on constate une lymphocytose.

OBSERVATION II (résumée).

M. Terrier (« Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie »)

Kyste séro-sanguin de la rate.

Femme de 33 ans. A la suite d'une douche froide, reçoit sur la partie latérale de l'abdomen, un jet assez violent, qui occasionne une douleur assez vive. On ne constate à ce moment rien d'anormal.

Deux mois après, tuméfaction dans la région splénique. Grossit progressivement, douleurs, troubles digestifs, altération de l'état général.

Octobre 1891. Cinq mois environ après le début, on constate une tumeur du volume des deux poings réunis, fluctuante en certains points, mobile.

Opération. Incision médiane sus et sous-ombilicale. Tumeur adhérente à l'épiploon gastro-splénique. Ponction. Excision de la paroi kystique au ras de son insertion sur la rate, puis cautérisation.

Suites immédiates simples.

OBSERVATION III (résumee).

Schalite. Soc. de méd. de Kieff. Wracht. 1894, n° 9.

Kyste sanguin de la rate. Splénectomie. Guérison.

Malade âgée de 36 ans. Il y a deux ans, à la suite d'un accouchement, elle s'est aperçu de l'augmentation du volume du ventre et de l'œdème des jambes. émaciée, ventre énorme, partie gauche plus saillante que la droite.

Laparotomie exploratrice. Tumeur adhérente au grand épiploon et à l'intestin. Ponction. Evacuation de 8 litres de liquide brunâtre. Tumeur d'une tête d'adulte, était formée d'une capsule remplie de lambeaux dégénérés de tissu splénique.

OBSERVATION IV (résumée)

G. Bacelli. (« Il Policlinico ». 15 marzo 1897.)

Diuna cisti ematica della milza.

Thérèse C..., 27 ans, de Viterbe. Deux mois avant son entrée à la clinique, heurta avec violence contre le coin d'un meuble, dans la région lombaire gauche, au-dessous du rebord des côtes. Douleur vive mais passagère, reparaît dix jours après, dure pendant deux mois.

A l'examen, ventre saillant et distendu dans l'hypocondre gauche. Dans le quadrant supérieur gauche, on sent un corps de forme ellipsoïde et irrégulière, s'étendant dans le prolongement de la ligne parasternale gauche, allant jusqu'à la ligne axillaire du même côté. Consistance molle, élastique et nettement fluctuante.

OBSERVATION V. (résumée). Wiklein.

(d'après Baccelli. Il Policlinico. 1897).

Kyste hématique de la rate

Femme de 37 ans. S'aperçoit après une couche de la présence d'une tumeur dans le flanc gauche. Celle-ci augmente rapidement et acquiert son volume en sept semaines. Laparatomie. Tumeur kystique de la grosseur d'un

poing, reposant sur la face externe de la rate. Kyste sous-capsulaire.

Splénectomie, Guérison.

Wiklein pense qu'il s'agissait d'une hémorragie splénique par veine variqueuse.

Subbotic, qui rapporte le cas, croit à une hémorragie capsulaire.

OBSERVATION VI. (résumée). HEURTAUX.

(*Bul. soc. méd.* 1898. p. 628)

Kyste hématique de la rate contenant près de 10 litres de liquide. — Traumatisme antérieur.

Mlle L..., 27 ans, il y a huit ans, a fait une chute sur le dos, ressent dans le flanc gauche une douleur qui a persisté quelques jours. Un an après, apparaît dans le flanc gauche, une grosseur du volume du poing, non douloureuse.

Au palper du ventre, on sent une tumeur qui occupe les trois quarts gauche de la cavité abdominale, au flanc gauche, elle est immédiatement appliquée contre les parois du ventre. La tumeur forme, au niveau de l'hypogastre un relief beaucoup plus saillant, globuleux, étendu de l'ombilic au pubis. Tumeur manifestement fluctuante, sensation de flot.

Opération. Laparatomie médiane. Ponction du kyste. Ouverture de la poche que l'on tente de décortiquer, mais la chose est impossible. Résection de la portion qui a pu être libérée. Nettoyage de la cavité kystique qui se prolonge jusque sous le diaphragme. Marsupialisation. Fermeture de la paroi du ventre. Persistance d'un trajet fistuleux et suppurant qui nécessite dix mois après une contre-ouverture postérieure. Cicatrisation complète.

OBSERVATION VII. (résumée). LEJARS.
(XIVe Congrès de Chirurgie. Paris 1901).

Femme de 43 ans fut prise, subitement, de douleurs aiguës à la région épigastrique, de vomissements, de diarrhée. Cet état douloureux se poursuivit pendant six mois. On constata alors dans l'hypocondre et le flanc gauches, une voussure très marquée qui empiète largement sur la région épigastrique et se prolonge dans la région lombaire. Tumeur dure et tendue à l'épigastre, molle, rénitente en arrière, mâte sur toute son étendue. Vomissements.

M. Ménétrier pratique deux ponctions et retire un liquide brun, louche et sale.

Intervention vingt jours environ après l'entrée de la malade à l'hôpital. Incision dans la région lombaire. On tombe sur une poche adhérente, à paroi mince et friable qui s'effondre sous le doigt, issue d'un litre et demi de liquide noirâtre-hématique, mêlé de grumeaux de même aspect.

Drainage. Guérison.

Trois ans avant le début des douleurs, cette malade était tombée dans un escalier et s'était violemment heurté le côté gauche.

OBSERVATION VIII. (résumée). Dr CHAVIER.
(Bulletin médical. 1902).

Kyste hématique de la rate

Soldat C..., du 4e bataillon d'Afrique se plaint de constipation, datant de trois jours, accompagnée de quelques co-

liques. Le soir même de son entrée à l'hôpital, violentes douleurs abdominales, visage altéré, respiration difficile, pouls fréquent et petit, ventre ballonné et sonore partout à l'exception de la région de l'hypocondre gauche où l'on trouve une matité étendue.

Diagnostic occlusion intestinale aiguë, vingt-quatre heures après, mort.

Autopsie : Perforation au niveau de la petite courburu de l'estomac. débris alimentaires dans le péritoine, Dans l'hypocondre gauche, tumeur développée aux dépens de la rate, constituée par un épanchement hématique développé entre la capsule et le bord inférieur de la rate. Poids total, 2.370 grammes.

OBSERVATION IX. (résumée).

MORESTIN (Congrés de chirurgie 1904)

Volumineuse hématocéle périsplénique, consécutive, à une rupture traumatique de la rate

Homme de 37 ans, créole de la Martinique reçoit un coup de poing dans l'hypocondre gauche, éprouve une douleur vive qui se calme par le repos au lit. Deux jours après à la suite d'un effort il éprouve à nouveau une douleur, violente dans le côté gauche, qui l'immobilise pendant trois semaines.

Au bout d'un mois environ après le traumatisme, une tumeur fut perçue au-dessous du rebord cortal, qui prit rapidement des proportions considérables. Six mois après le début, amaigrissement inquiétant, la tumeur était devenue énorme, occupait la plus grande partie de l'abdomen,

formant une très volumineuse saillie avec prédominance à gauche.

Diagnostic, kyste de la rate.

Laparotomie. Incision du péritoine donne issue à une très grande quantité de liquide hématique, de huit à neuf litres. Le liquide les caillots, les amas fibrineux rappelaient ce que l'on trouve dans les vieilles hématocèles. Détersion de la cavité et drainage. Au cours de l'intervention, il est impossible d'apercevoir la rate masquée pae des adhérences et des dépôts fibrineux.

Persistance d'une fistule. Examen du sang normal. Réintervention un an et demi après la première opération. La rate volumineuse présentait au niveau de sa face convexe, une cicatrice étoilée, fut libérée de ses adhérences. Suites satisfaisantes malgré un suintement sanguin, qui diminua au bout de quatres jours.

Une troisième intervention consista à reséquer un morceau du rebord cartilagéneux des 9e et 10e côtés gauches suivie de curettage amena une guérison compléte du malade.

OBSERVATION X. (résumée.)

(Brunswic le Bihan) Congrés de chirurgie 1904

Kyste métaclastique de la rate

M. R. 37 ans, cultivateur entre à l'hôpital le 20 janvier 1904. Douleurs dans le ventre depuis plusieurs mois, à la suite d'un coup.

Tumeur du volume d'une tête dans l'hypocondre gauche empiétant largement sur la région épigatrisque.

Opération le 26 janvier. Laparotomie médiane sus ombilicale, découvre une tumeur d'un gris violacé. Ponction : Evacuation d'environ trois litres d'un liquide verdâtre et louche. Ouverture de la poche, on retire des caillots sanguins anciens.

Splénectomie ; tamponnement de la loge splénique. Drainage, suture.

Mort le lendemain dans le collapsus.

OBSERVATION XI. (résumée).

BRUNSWIC LE BIHAN (Congrès de chirurgie 1904)

Kyste métaclastique de la rate

S. M., 30 ans, journalier, sujet nègre, originaire du Soudan, se plaint de violentes douleurs abdominales. Depuis un an, le ventre aurait sensiblement augmenté de volume.

Homme maigre. Localement, on constate la présence d'une tumeur volumineuse occupant l'hypocondre gauche et la région épigastrique, s'étendant même jusqu'aux fausses-côtes droites. Tumeur immobile, rénittente, mate, de consistance égale, douloureuse à la pression.

Laparotomie sous-ombilicale découvre un globe gris violacé adhérent. Ponction, issue de liquide louche, puriforme, quantité six litres. Masurpialisation. Guérison.

OBSERVATION XII. (résumée).

BRUNSWIC LE BIHAN (Congrès de chirurgie 1904)

Kyste métaclastique de la rate

M. T., de Tunis, 30 ans, charretier, a été heurté la veille de son entrée entre deux charrettes. Perte de connaissan-

ce. Il présente des phénomènes péritonéaux, avec zone de matité dans tout le flanc gauche.

Abstention opératoire ; un mois après le début des accidents, rémission des phénomènes. Le malade sort guéri présentant toujours une matité sur le flanc gauche.

OBSERVATION XIII (résumée)

JORDAN (32e Congr. de la Soc. allem. de Chir. Berl. 1903)

Volumineux kyste sanguin de la rate

L'auteur pratiqua la splénectomie pour un volumineux kyste sanguin de la rate avec destruction presque complète du tissu splénique, chez une femme de 46 ans. Guérison.

Poids de la tumeur, 4 kilos.

L'auteur estime la splénectomie supérieure à la simple incision de la poche avec tamponnement et drainage consécutif.

OBSERVATION XIV (résumée)

LIVOIS (« Bull. Soc. Anat. » 1838)

Hypertrophie de la rate. Fièvre intermittente quarte

M. J., 46 ans, terrassier, entra le 15 mai, salle Saint-Augustin, à la Charité. Dans ses antécédents, paludisme. Dès les premiers accès, se plaint d'une douleur dans le côté gauche et deux ou trois mois après, s'aperçoit de l'existence d'une tumeur dans le point douloureux. Malgré l'administration de quinine, même après que la fièvre eut complètement cessé, cela n'empêcha pas la tumeur de se développer et d'arriver au volume énorme qu'elle présente aujour-

d'hui. Depuis six mois seulement, le malade croit qu'elle est restée stationnaire, le ventre est très volumineux, mais le développement est bien plus considérable à gauche qu'à droite, ce qui est dû à une tumeur qui remplit l'hypocondre et le flanc gauches. A la palpation, on renonnait une fluctuation profonde mais manifeste. Mort le 26 mai.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de sérosité rougeatre. Kyste du volume d'un gros œuf d'autruche, distendu par le liquide qu'il renferme, adhère à la rate, de la face supérieure de laquelle il s'élève. Une ponction faite à ce kyste en laisse échapper une sérosité rougeatre très foncée. Son intérieur renfermait une grande quantité d'une matière rosée, filamenteuse, qui avait la plus grande analogie avec la fibrine. La rate avait un volume énorme et remplissait le flanc et l'hypocondre gauche. Son poids, y compris lekyste, était de 7 livres.

OBSERVATION XV

(Rousset. In Péan. « Des tumeurs de l'abdomen », 1880, p. 1.025)

Fillette de 7 ans. Kyste hématique de la rate.

Ouverture par les caustiques.

Mort 2 mois après par péritonite consécutive à une injection d'iode.

OBSERVATION XVI

(Quintard. In Péan. « Des tumeurs de l'abdomen », 1880. p. 1.025)

Femme de 54 ans. Kyste hématique de la rate.

Ouverture par les caustiques. Des symptômes de péri-

tonite apparaissent immédiatement qui emportent la malade quelques jours après.

OBSERVATION XVII

(Mascano. « Progrès Médical ». 1872)

Kyste hématique de la rate

Traitement par la cautérisation et les lavages répétés.

Guérison.

B. . Alfred, 31 ans, entre le 9 septembre 1872 dans le service de Féréol. Contracte trois ans auparavant le paludisme. Il éprouve de fortes coliques, dyspepsie, nausées après les repas. On constate une tumeur de la région épigastrique envahissant l'hypocondre gauche, la région correspondante de l'ombilic, descendant jusqu'à 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque. Fluctuation profonde. Douleurs spontanées.

Ponction exploratrice. La canule laisse passer 40 gr. d'un liquide chocolat visqueux.

Quelques temps après les troubles dyspeptiques augmentent. Le kyste devient plus volumineux ; application de pâte de Canquoin sur la ligne médiane. Nouvelle ponction, on laisse la canule en place, puis on remplace la canule par une sonde en caoutchouc de même calibre: Injections d'iode, de permanganate.

Persistance d'une fistulette.

OBSERVATION XVIII

(Spencer Wells. « Brt. Méd. Journ. » 1889. II. p. 55)

Kyste séro-sanguin de la rate

Splénectomie. Guérison.

Mme R..., 21 ans. A l'âge de 4 ans, paludisme. Sp. Wells constate en 1887 une tumeur grosse comme le poing dans la région de l'ovaire gauche mobile, augmente de volume, refoulée par l'utérus gravide dans l'hypocondre gauche.

Le 28 mars 1888 la tumeur s'étend de l'appendice xyphoïde au pubis, dure, sensible à la pression. Pendant 8 jours phénomènes péritonéaux.

La ponction retire cinq litres d'un liquide brun-rougeâtre: celui-ci se reproduit rapidement.

Opération. Splénectomie, une partie de la poche du kyste très adhérente est laissée en place.

OBSERVATION XIX (résumée)

(Subbotic. Zur Kenntniss der perisplenischen Blutcysten) «Wiener Méd. Press.» nº 36. 1894.

Paludéen. Entre à l'hopital en janvier 1892. Présente à gauche, sous les fausses cotes, une masse de forme oblongue, se dirigeant à droite et allant jusqu'à la ligne médiane. Tumeur lisse, fluctuante, facilement délimitable.

Incision. Kyste périsplénique au fond duquel on aperçoit l'extrémité de la rate. Guérison en deux mois.

OBSERVATION XX

LÉONTE (de Buckarest). Congrès de chirurgie, 1901.

Deux cas de kystes séro-sanguins.

Ces kystes étaient uniloculaires. Capacité : 1400 à 2000 grammes, sans que le traumatisme pût être mis en cause. Chez une des malades, le kyste est apparu après les couches. Chez les deux on trouvait la malaria dans leurs antécédents.

OBSERVATION XXI (résumée)

Aug. POLLOSSON. (In Thèse Driancourt. Lyon, 1902.)

Mme D..., 41 ans, entre le 10 juin 1902 à la Charité de Lyon, pour une volumineuse tumeur kystique, occupant tout le côté gauche de l'abdomen dont elle s'est aperçue trois mois auparavant. La tumeur occupe en arrière la fosse lombaire gauche ; en avant, l'hypocondre et le flanc gauches ; en haut, elle se pérd sous les fausses côtes ; en-dedans elle s'arrête à la ligne médiane et présente à ce niveau un bord mousse ; en bas, elle descend jusqu'à la fosse iliaque. Elle est franchement fluctuante, et lorsqu'on la déprime on perçoit nettement un frémissement superficiel.

Laparotomie médiane. On tombe sur une rate hypertrophiée. La ponction de l'organe donne issue à un liquide d'abord séreux, puis séro-sanguin.

Agrandissement de l'ouverture faite par la ponction. Contre-ouverture dans le flanc gauche par laquelle on fait ressortir le drain qui a été introduit par l'orifice de la première incision. Suture de la rate.

Mort par infection un mois après.

Autopsie. — Vaste cavité dans l'hypocondre gauche qui renferme une bouillie noirâtre représentant les vestiges de la rate.

OBSERVATION XXII

FINCK (Zeitschrift für Heilknüde Prag. 1889, p. 353.)

(Voir thèse Vauverts, page 186.

Garçon 14 ans. Pas de malaria, souffre depuis cinq mois dans la région splénique, tumeur épigastrique ayant un accroissement rapide. Splenectomie partielle. Guérison. La description du kyste manque.

OBSERVATION XXIII

BARDENHEUER (« Deutsche Méd. Woch » 1890, p. 801)

(Voir thèse Vauverts, page 186)

Femme, 47 ans. Aucun traumatisme signalé. Kyste de la rate pris pour un kyste de l'ovaire. Splénectomie partielle. Guérison.

OBSERVATION XXIV

V. GARCIA (« Cron. Méd. Lima, 1884. I. 253)

Kyste de la rate

1° Ponction ; 2° Incision. Guérison.

OBSERVATION XXV (résumée)

PÉAN. (« Clin. Chirurg. 1879-1880, page 1142.)

Kyste unique séro-sanguin de la rate.
Traumatisme antérieur.

Femme 28 ans, grande, bien réglée, pas d'enfants, très émaciée Douleurs violentes et saillie anormale à l'hypocondre gauche depuis six ans, s'étant beaucoup accrue depuis un an.

Actuellement, tumeur volumineuse remontant sous l'hypocondre, dépassant la ligne médiane du côté de l'ombilic, remplissant la fosse iliaque gauche et un peu la droite, liquide, fluctuante, homogène. Dyspepsie, alternatives de diarrhée et constipation. Rien du côté des urines.

Diagnostic à la vue et à la percussion : kyste hydatique de la rate ou du rein.

Opération 20 juillet 1879. Incision exploratrice au-dessous des fausses-côtes, mettant à nu la tumeur. Reconnaissance du kyste à parois blanchâtres rosées et, de son siège dans la rate. Ponction avec un long trocart donnant issue à quatre litres de liquide séro-sanguin, sans débris d'hydatides. Excision de la portion du kyste attirée en dehors, fixation de la poche aux lèvres de la plaie abdominale.

Traumatisme six mois avant l'opération.

OBSERVATION XXVI

Augusto MORESCHI et Alexandro GHETTI. 1896.

Splénectomie pour kyste séro-sanguin dans une rate mobile. Traumatisme antérieur.

Catarina Fl., 42 ans, paysanne. Douze jours après son dernier accouchement (1er mai 1895) fortes douleurs dans

l'hypocondre gauche, cessèrent après vingt-cinq jours. Vers la seconde moitié de février 1896, comme elle portait une chaudière très pesante, elle eut comme une sensation de déchirure au côté gauche et une douleur vague qui dura une paire de mois.

Vers la seconde moitié de juillet, pendant la moisson elle reçut un coup de fourche de fer dans le flanc gauche, et peu de jours après, elle s'aperçut d'une petite bosse indolore qui augmentait de volume, tellement qu'il lui fallut recourir au médecin. Elle entra à l'hôpital le 23 août.

Dans l'hypocondre gauche, tumeur de 25 centimètres de diamètre, fluctuante, mobile.

Splénectomie totale après libération des adhérences avec le colon descendant.

Poids de la tumeur, 1.315 gr. Dimensions, 29 centimètres sur 23 centimètres. L'incision du kyste qui fait corps avec la rate donne issue à 950 gr. de liquide brun.

Examen microscopique : Rate normale ; les parois du kyste, conjonctives sont recouvertes par un épithélium.

OBSERVATION XXVII

RONTIER (Congrès de chirurgie 1001)

Hématome de la rate (transformation fibrineuse)
Splénectomie. Guérison.

Jeune femme de 24 ans, présentant une tumeur du flanc gauche. Quatre ans avant, elle avait commencé à sentir comme une sensation de contusion dans sa région splénique, puis une tumeur avait apparu de la grosseur du poing. En six mois, la tumeur a atteint son développement actuel.

Splénectomie. La tumeur pesait 3.500 gr. et paraissait développée aux dépens du pôle inférieur de la rate. A la coupe, tumeur colloïde.

OBSERVATION XXVIII

(Verga) (« Gazette médicale » 1843)

Tumeur probablement fibrineuse de la rate consécutive à un traumatisme

Femme de 58 ans, qui avait eu neuf enfants, reçut dans le flanc gauche un coup de timon de charette. Elle conserva pendant quelques jours de la douleur à la région splénique. Puis une légère amélioration se produisit, mais elle fut courte, bientôt les souffrances augmentèrent. La malade succomba. A l'autopsie on trouva dans la fosse iliaque gauche une tumeur située entre l'S iliaque et la colonne vertébrale et recouverte d'une membrane résistante. Son parenchyme fut comparé par les uns à une langue cuite, par les autres à la pulpe d'une pomme pourrie. Sa couleur était lie de vin ; la rate manquait à sa place normale et l'artère splénique était oblitérée vers le milieu de son trajet.

OBSERVATION XXIX

Ch. A. Powers (Derwen)

(« Annalsof Surgery » 1906. Janvier vol. XLIII. p. 48. 60).

Kyste non parasitaire de la rate

Un jeune homme de 18 ans présentait un volumineux kyste de l'abdomen à gauche apparu depuis 4 ans, accompagné d'amaigrissement, d'anorexie signes de compression, kyste dont la paroi était semi-cartalagineuse et fortement adhérente aux organes voisins. Incision postérieure pour drainer. Septicémie, mort le 12^{em} jour.

OBSERVATION XXX

LANDELIUS (« Nordische medizinisches archives ») (chirurgie) 1908

Enfant de 12 ans, qui après quelques symptômes graves ressentit brusquement pendant la nuit une vive douleur dans la région splénique en même temps qu'apparaissait une tuméfaction notable.

Celle-ci dépassait à droite la ligne médiane et en bas le niveau de l'ombilic d'environ un travers de doigt. La matité atteignait en haut la 7e côte. Opération le 11 janvier 1907. Incision horizontale sur la tumeur, rupture du kyste, issue de 2 litres de liquide chocolat. La poche fut masurpialisée. fermeture de la fistule à la fin d'avril. 19 mars, augmentation des globules blancs 13.500. 74 o/o de polynucléaires.

Il s'agit d'hémorragie dans un kyste séreux.

OBSERVATION XXXI

(BIRCHER) (« Deutsche Zeitschrift ur chirurgie »j 1908

Femme de 34 ans. Tumeur dans l'hypocondre gauche s'étend de l'ombilic à l'épine iliaque, antéro-supérieure. Kyste de la rate infecté, rempli par un liquide séro-hématique. Résection partielle de la poche avec conservation de la rate ; Drainage. Mort le 3e jour avec phénomène d'occlusion.

OBSERVATION XXXII

DI MARCHIS (« Gazette degli Ospedali » Mars 1908)

Obs. I. Homme de 22 ans, paludéen, présente des accès de fièvre palustre, en même temps que des douleurs abdo-

minales et une tuméfaction dans l'hypocondre gauche. A son entrée à l'hôpital, le 7 novembre 1900, on trouvait dans le quadrant supéro gauche de l'abdomen une tumeur ayant le volume d'une tête d'adulte présentant tous les caractères d'un kyste : mollesse, fluctuation évidente, absence de frémissement hydatique. A la rate, peu altérée à l'œil nu et dans sa strubture, était appendue la grosse poche kystique.

OBSERVATION XXXIII

(Jaboulay. In Thèse Driancourt. 1905)

Kyste sanguin de la rate

Jean N..., 61 ans, courtier en vins.

Antécédents personnels : variole à 10 ans.

A l'âge de 52 ans, le malade jusqu'alors bien portant, sent peu à peu ses forces diminuer. Il continue à vaquer à ses occupations habituelles, mais il se fatigue beaucoup plus vite qu'auparavant. Brusquement, en mai 1797, étant à Saint-Etienne, le malade est pris, à la suite d'un repas, de vomissements abondants et de douleurs abdominales très vives.

On le transporte à l'hôpital de Saint-Etienne, où il reste deux jours. Là on ne remarque rien d'anormal dans l'abdomen et le malade est traité pour indigestion.

Rentré chez lui à Lyon, guéri de cette indigestion, il reprend ses occupations journalières, mais se sent beaucoup moins actif qu'auparavant. Son appétit est bon, mais ses digestions pénibles ; pas de vomissements, mais des douleurs abdominales et des coliques relativement fréquentes ; le malade remarque que son abdomen est tendu, ballonné.

En octobre de la même année, son état ne s'améliorant

pas, il fait venir un médecin, lequel constate, malgré le ballonnement du ventre, une tuméfaction prédominante dans le côté gauche de l'abdomen et pense à l'existence d'un kyste, soit du foie, soit de la rate.

Le malade entre alors dans le service de M. le Professeur Jaboulay, à l'Hôtel-Dieu, de Lyon, et est opéré 15 jours après son entrée ; le diagnostic de kyste de la rate ayant été posé d'une façon définitive : comme étiologie, on ne trouve absolument rien ; pas de traumatisme et d'autre part, le malade n'a jamais été en contact avec des chiens. Le kyste est incisé en un seul temps ; il en sort un liquide abondant, couleur chocolat ; on draine et on fait un pansement. Dans les jours suivants la plaie laisse écouler un liquide de plus en plus faible et un mois après l'intervention, le malade quitte l'hôpital. A ce moment, la plaie abdominale n'est pas entièrement fermée, mais la poche kystique est à peu près comblée et aucun liquide ne vient plus souiller les pansements.

Pendant tout son séjour à l'Hôtel-Dieu, il n'eut jamais de fièvre ; sa température resta normale.

Après sa sortie, le malade revint de temps en temps dans le service de M. Jaboulay pour se faire cautériser et six mois après l'intervention, la plaie était tout à fait cicatrisée.

OBSERVATION XXXV. Péan.

(In thèse Magdelain et « Union Méd. » 1867)

Gros kyste uniloculaire intra-splénique. Splénectomie. Guérison.

Adèle C..., 20 ans. Santé satisfaisante jusqu'à l'apparition des premiers symptômes qui se manifestèrent deux ans

avant qu'elle ne vit M. Péan, par une augmentation de volume de la région épigastrique, accompagnée de douleurs vives dans cette partie.

Examen actuel :

Organisme extrêmement débilité, anémie poussée à un degré avancé ; fonctions digestives profondément troublées ; dysménorrhée ; respiration un peu gênée ; pas d'œdème, encore un peu d'embonpoint. La malade sujette à des mouvements fébriles et, tourmentée par des douleurs névralgiques disséminées, est dans un état d'épuisement déterminé surtout par la souffrance.

Le ventre, dont le développement est très prononcé dans l'hypocondre et la région lombaire, est augmenté de volume au niveau de l'hypogastre et présente au milieu de cette région une saillie très considérable. Cette saillie, dont la surface offre quelques grosses bosselures, est, du reste, analogue par sa position, son étendue et sa forme, à celle que détermine l'utérus gravide dans les dernières semaines de la gestation. La palpation, un peu douloureuse en certains endroits, donne des résultats variables suivant les points : sur la ligne médiane et du côté droit, la fluctuation est très apparente ; au niveau de certaines bosselures, particulièrement du côté gauche, la consistance est plus ferme, solide, et rappelle celle des fibromes.

A la percussion, matité absolue sur toute la surfece de la tumeur ; perception du flot très nette dans une grande partie de son étendue ; sonorité évidente sur tout son pourtour à l'épigastre, à l'hypogastre et surtout dans la région lombaire. La tumeur semble franchement circonscrite sur toute sa périphérie et en particulier à son pourtour supérieur. Elle est complètement dépourvue de mobilité.

Le toucher montre intacte la membrane hymen. L'utérus est à l'état normal et semble comme enclavé dans l'épaisseur de la tumeur. Celle-ci l'immobilise et fait sur ses faces antérieure et postérieure une saillie qui déprime les parois vaginales. La pulpe du doigt perçoit très nettement la sensation du flot par la pression et la percussion exercées sur l'hypogastre. La consistance plus solide de la tumeur à gauche et en bas donne à supposer qu'elle s'est développée dans l'ovaire gauche ; et la douleur, que détermine de ce côté le toucher vaginal, fait craindre qu'il n'existe d'assez nombreuses adhérences.

Opération. Incision sur la ligne médiane.

OBSERVATION XXXVI (DALINGER).

Ein Fall von efolgreicher. Exstirpation de Meitz. Ref Jahresbericht für chirurgie. 1901. S. 890.

Une femme de 44 ans était atteinte de malaria depuis une année. Trois jours avant son admission à l'hôpital, elle eut des syncopes et de la fièvre et s'alita. La matité de la rate était sensiblement agrandie. A l'opération, on trouva une tumeur kystique à parois très minces et qui, prenant naissance dans l'épigastre, s'étendait jusqu'à l'hypocondre gauche ; la tumeur adhérait à la paroi antérieure du bassin et du diaphragme.

En examinant la paroi kystique, on s'aperçut qu'elle était constituée par la capsule de la rate qui était soulevée par un gros hématome. Entre celui-ci et la pulpe ramollie de la rate, il y avait une grande quantité de sang, tant liquide que coagulé. Par contre, il n'y avait pas de sang dans la cavité abdominale.

On pratiqua une splénectomie et la malade guérit.

OBSERVATION XXXVII

JUNGUICKEL. Preuss. Vereins Zeitung, nº 10. 1857.

Hématocèle périsplénique probable. Guérison.

Un hussard qui, à plusieurs reprises avait souffert d'accès pernicieux et qui, une année auparavant, avait été tenu pendant près de neuf mois par cette maladie, reçut un coup de pied de cheval dans la région splénique. Syncopes répétées, collapsus rapide, pouls à peine perceptible. Augmentation marquée du volume du bas-ventre et présence de liquide dans la cavité abdominale, rupture probable de la rate. Bientôt survient une douleur du côté gauche du thorax et de l'épaule gauche.

La région splénique devient plus sensible.

Trois jours après l'accident, le pouls tombe à 96. Le sommeil revient, le ballonnement du ventre diminue et la percussion démontre que le liquids contenu dans l'abdomen a dû se coaguler en partie. Amélioration sensible les jours suivants. La percussion de la rate, maintenant possible, montre qu'elle s'étend depuis la huitième côte jusqu'à 3/4 de pouce au-delà de la douzième.

Vers la fin du mois, le volume de la tuméfaction splénique avait diminué.

OBSERVATION XXXVIII

(ORLOFF. Vladimir. D'après M. GUIBÉ)

Kyste de la rate d'origine non parasitaire

Une femme de 27 ans, ayant accouché pour la 5e fois il y a trois mois ressent, le lendemain, de vives douleurs dans

l'hypocondre gauche, augmentant à chaque inspiration, accompagnée de fièvre et de frissons. Au bout de trois semaines, tumeur douloureuse rapidement croissante, causant de la dyspnée et de la tension abdominale, forçant la malade à rester au lit et la privant de sommeil et d'appétit. Température normale mais pouls à 100-105.

La tumeur occupe la moitié gauche de l'abdomen, dépassant la ligne médiane de 3 travers de doigt, descendant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, sans relations avec la sphère génitale, mate, séparée du lobe droit du foie par une bande de sonorité, mais se continuant avec la matité de la rate et du flanc, élastique, immobile, douloureuse.

Laparatomie sur le bord externe du grand droit ; on tombe sur un kyste fort adhérent à la paroi abdominale, à l'épiploon, au foie et à l'intestin grêle.

L'exploration permet de reconnaître que le kyste est développé aux dépens de la partie inférieure de la rate. Au fond du kyste, une masse de caillots fibrineux.

Isolement aussi complet que possible du kyste, résection et marsupialisation du restant.

Guérison malgré la persistance assez longue d'une fistule.

Au microscope le kyste se montre formé d'une couche de tissu conjonctif avec riche réseau vasculaire en partie thrombosé ; pas d'épithélium, de revêtement interne, mais en maint endroit de la paroi, des îlots de tissu splénique.

OBSERVATION XII

R. H. Fowler (New-York)

Kyste non parasitaire de la rate (d'après P. Lécene)

Une femme de 22 ans se plaignait de douleurs dans le côté droit du ventre : ces douleurs existaient depuis un an, surtout à l'occasion des mouvements.

A la laparotomie, on trouva une rate très volumineuse et bosselée. On fit tout de suite, la malade étant sous l'anesthésie à l'éther, une numération leucocytaire qui donna 22.000 leucocytes. On pratiqua alors la splénectomie et la malade guérit fort bien.

La rate mesurait 20 centim. de long sur 11 de large ; sa surface était lobulée ; à la coupe, le parenchyme était rempli de kystes à contenu clair, légèrement jaunâtre. A l'examen histologique, il semble que les kystes intra-spléniques sont dûs à des ectasies des vaisseaux lymphatiques ; c'est très probablement un lymphagiome kystique multiloculaire.

Les cas analogues sont très rares.

OBSERVATION XL (résumé d'après M. Deniker)

(H. A. Royster (« Med. Record)

Kyste hématique de la rate

Jeune homme de 22 ans, ayant eu six mois auparavant, quelques crises de frissons, souffrant d'une manière très vive dans la région de l'hypocondre gauche, principalement dans les côtes inférieures, et ayant constaté à ce niveau une augmentation progressive du ventre. A l'examen on sent à ce niveau une masse rénitente, d'environ 3 cm. de diamètre, qui fait porter le diagnostic de kyste splénique.

Urine normale. Sang : 5.000.000 d'hématies, 4.000 leucocytes, 70 o/o d'hémoglobine.

Laparotomie latérale gauche. Découverte d'un kyste à paroi friable, qu'on ponctionne et que l'on sépare difficilement du foie, de l'estomac, du diaphragme auxquels i adhère. Réunion avec un drain. Suites normales. Guérison.

Examen de la pièce : rate hypertrophiée en masse, avec kyste central à contenu hématique. Pas de paroi propre, simplement du tissu splénique condensé. Pas d'hydatide. Le traumatïsme a peut être une part dans la genèse de ce kyste ; le malade, employé dans une filature, est obligé fréquemment d'exercer de fortes pressions du thorax et du côté gauche sur sa machine. D'où traumatisme chronique.

OBSERVATION XLI (J. Musser, Philadelphie).

Kystes de la rate.

(« The Americ. Journ. of the med. Sciences, d'ap. P. Wiart)

Kyste hématique.

Une femme de 25 ans avait remarqué depuis sept ans l'existence d'une tumeur située dans la partie gauche de l'abdomen et sous les fausses côtes. La tumeur tout d'abord grossissait très lentement, mais, depuis un an, elle avait une évolution rapide. Elle causait parfois quelques douleurs et quelques nausées, mais l'état général était resté bon.

L'examen montra une tumeur abdominale volumineuse, faisant saillie surtout à l'épigastre ; elle s'étendait en hauteur depuis le niveau de la matité cardiaque jusqu'à 5 cm. au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et en largeur elle dépassait de 3 ou 4 cm. le bord externe du grand droit du côté droit. La masse était mobile avec les mouvements

respiratoires. Son bord gauche était distinct et irrégulier, le droit difficile à reconnaître. La consistance de la tumeur était dure, sauf à sa partie supérieure où existait une zône très fluctuante. Pas d'engorgement marqué des ganglions lymphatiques. Le sang était à peu près normal et les urines l'étaient tout à fait.

L'opération fut pratiquée. La laparotomie, faite au bord externe du droit gauche, fit découvrir un volumineux kyste adhérent au diaphragme, entouré de toutes parts, sauf à sa partie supérieure, de tissu splénique. 300 gr. environ de liquide jaune clair furent évacués et, après ligature des vaisseaux, la rate fut enlevée. L'hémostase parfaite fut difficile au niveau des adhérences. La guérison fut rapide. Neuf mois après l'opération, l'état était excellent ; la cicatrice parfaite et indolore. Le malade avait augmenté de poids.

CONCLUSIONS

I. Parmi les hémorragies liées à un traumatisme de la rate, il faut distinguer celles qui par leur grande abondance provoquent une inondation péritonéale et amènent rapidement la mort. Elles appartiennent à la chirurgie d'urgence.

II. Il est d'autres épanchements sanguins moins abondants que les précédents, véritables hématomes dont l'enkystement constitue le pseudo kyste hématique.

III. Dans la grande majorité des cas, la rate qui a été le point de départ de l'hémorragie est le siège d'altérations que l'on peut rattacher à l'infection paludéenne. A l'inverse de ce que l'on observe dans les éclatements spléniques, où le traumatisme a été d'une violence extrême, il s'agit ici de choc parfois minime portant sur l'hypocondre gauche.

IV. Le siège de ces collections hématiques peut

être intra-splénique, en plein parenchyme sous-capsulaire ou péri-splénique.

V. La paroi de la poche du kyste est constituée par du tissu fibreux adulte, sans qu'il soit possible d'y déceler d'élément endothélial, caractère important et qui différencie les pseudo kystes hématiques des kystes séreux de la rate dont le contenu peut être hématique.

VI. L'évolution clinique du kyste hématique intra-splénique diffère de celle de l'hématocèle péri-splénique.

Le kyste hématique de la rate présente dans son évolution deux phases à l'état d'hématome, il existe de la douleur dans l'hypocondre gauche, une tuméfaction mal délimitée dans cette région : à la phase d'enkystement, la tuméfaction est remplacée par une tumeur kystique à parois lisses et régulières, fluctuante, indolore.

L'hématocèle péri-splénique par son développement rapide, son extension énorme, revêt les allures d'une néoplasie maligne.

VII. Le diagnostic de l'affection est assez délicat, il se base sur le siège et les caractères de la tumeur kystique survenant un certain temps après un traumatisme peu violent.

La distinction entre les kystes hématiques et certaines néoplasies malignes à évolution kysto-hématique est assez malaisée. L'ascite hémorragique, le

développement rapide, l'extension et la généralisation de la tumeur, la récidive après intervention plaident en faveur du sarcome. Mais il faut se rappeler que l'hématocèle périsplénique (cas de M. MORESTIN) peut revêtir les mêmes allures cliniques.

Le traitement est chirurgical.

Il sera conservateur et comprend :

1° La simple incision avec drainage de la poche ;

2° L'excision partielle ou totale du kyste dans le cas de kyste sous-capsulaire peu adhérent ;

3° Incision suivie de capitonnage et suture de la rate, lorsqu'il s'agit d'un kyste central.

La splénectomie est le traitement de choix dans les altérations très accusées de la rate.

Vu : *Le Président de thèse*,
LEGUEU.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ADJAROFF. — Kystes séro-sanguinolents de la rate. « Méd. Napredak ». Sofia 1902. T. III. p. 253.

BACELLI. — Kystes hématiques de la rate. « Il Policlinico ». 1897. nº 6.

BARDENHEUER. — Résection partielle de la rate pour kystes. « Deutsche Méd. Woch. ». 1890. p. 801.

BELOT et WOIMAN. — Estomac déplacé par une tumeur kystique de la rate. « Société de Radiologie médicale de Paris ». 13 juin 1911.

BENECKE. — Pathogénie des kystes de la rate. XIIIe Congrès internat. de Méd. « Section d'anatomie pathologique 1900 ». Paris 1901. Comptes-rendus p. 317-323.

BRUNSWIC LE BIHAN. — Kystes métaclastiques. « Congrès de Chirurgie. 1904.

CHAVIER. — Kyste hématique de la rate. « Bull. Méd. ». Paris 1902. t. XVI. p. 24-25.

Bircher. - La chirurgie des kystes non parasitaires de la rate. « Medizinische Klinik ». 1908. nº 26. 28 juin.

Cohnheim. — Tod durch Berstung von varicen der milz- « Archiv. für Pathol. Anat. ». Berlin 1866.

Collin Eug. — Des ruptures spontanées de la rate dans les affections paludéennes. « Rec. de Mém. de Méd. mil. » Paris 1855. 2me série. t. XV. p. 199.

Coenen. - Kyste de la rate. « Association Silésienne pour l'avancement des Sciences en Allemagne ». 15 juillet 1910.

Crédé. — Kyste de la rate. Splénectomie. Gnérison. Berl. Klin. Woch. 26 juin 1882.

Driancourt. — Procédés opératoires des kystes de la rate. Thèse Lyon 1902.

Duguet et Poirier. — Kyste de la rate. Incision. Guérison. Obs. in thèse Vauverts.

Danielsen. — Beiträge zur Klinischen chirurgie 1908. T. LX, f. 1. Contribtion à la chirurgie conservatrice de la rate. Nécessité et possibilité de la conservation de la rate dans les traumatismes et affections de cet organe.

Darling. — « Médical Record » t. LXXIX, nº 3, 21 janvier 1911. Kyste non parasitaire de la rate. Splenectomie.

Fink. — Un cas de résection de la rate. Zeitschrift f. Heil. kunde Prag. 1889, t. X, p. 353.

FOWLER. — Surgery. Gynocology and obstetrics. T. IX, n° 2, août 1910. Kyste non parasitaire de la rate.

CAMUS. — Thèse de Paris 1905.

DALINGER. — Ein Jall von erfold greicher. Extirpation der milz Ref Jahresbericht für chirurgie 1901. s. 890.

GARCIA V. — Kyste de la rate (Chronique médicale) Lima 1884 p. 253.

GEBHARDT. — Un cas de kyste sanguin de la rate. Münch med. Vochenschrift. 10 sept. 1901.

G. MAC CONNEL. — Philadelphie. Tumeurs primitives de la rate. The Boston médical and Surgical Journal, tome. C. XVI n° 8, 22 février 1912.

GHETTI. — Splénectomie pour kyste de la rate mobile Gazz d'ospedel cliniche, 4 octobre 1896 p. 1.257.

GILL. — Apost mortem report of a cystic Spléan. (British med. Journ.) n° 2580 5 juin 1910.

GIULIANO. — Kyste traumatique de la rate. « Riforma medica. 21-22-23 nov. 1902.

GALLINA. — Sur un cas de kyste hématique intra-péritonéal. « Il Policlinico Sezione chirurgical ». Juin 1909.

GEORGE BEN JOHNSTON. — Non Parasitie Cysts of the Spleen. Report of a Case Surgery. « Gynecolozy and Obstetrics ». 1908. n° 6. Juin.

HENRICIUS. — Kyste de la rate et Splénectomie. Archiv. für Klin Chir. 1903. t. LXXII.

HEURTAUX. — Kyste hématique de la rate. « Bull. Soc. Chir. » 1898, p. 930.

JABOULAY. — Kyste séro-sanguin de la rate. In thèse Driancourt. Lyon. 1902.

JAMALISTA. — Thèse de Fribourg, avril 1908. Sur la pathogénie des kystes de la rate.

KOPYLOFF. — Kystes de la rate, fév, 1910. Soc. des Médecins de l'Université de Kazan.

— « Roussky Vratch. » t. x. nº 48. 26 novembre 1911. Kyste de la rate d'origine non parasitaire.

KUMMER. — Kyste de la rate. Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande. Février 1911.

KUSTNER. — Berliner Klinische Wochenschrift t. XLVIII, nº 31. 31 juillet 1911. Sur l'étiologie des grands kystes de la rate.

LEJARS. — Kyste hématique de la rate. Congr. de Chirurgie 1901.

MATHON. — La splénite traumatique. Thèse de Paris 1876.

MARCANO. — Kyste hématique de la rate. « Progrès médical », 1874, p. 262.

LANDELIUS. — Nordischer medizinischer archiv. (Chirurgie), 1908.

T. XLI. Contribution statistique à l'étude des kystes non parasitaires de la rate.

MORESTIN. — Volumineuse hématocèle périsplénique con-

sécutivé à une rupture traumatique de la rate. « Assoc. Française de Chirurgie ». Paris 1904.

MONNIER. — Kyste de la rate. « Beitrage zùr Klin. Chir. » t. XLI. p. 1. 1903.

NARDI. — Kyste de la rate. « Rivista veneta delle Sc. méd.». 31 mai 1905.

MUSSER — Kyste de la rate « The amer. Journal of the med. Sciences ». t. CXLII. nº 4. octobre 1911.

OMBREDANNE. — Angiome de la rate. Splenect. Guérison. « Soc. Anat. ». Paris 1904.

PILLIET. — Note sùr la transformation des angiomes de la rate en kystes hématiques. « Compte rendu Soc. de Biol. ». Paris 1892.

POTEREL MAISONNEUVE.— Kystes de la rate séreux et séro-sanguins. Thèse Bordeaux 1898.

ORLOFF. — Chirourgia. T. XXVII, mai 1910. Kyste de la rate d'origine non parasitaire.

PAYR. — Deutsche medizinische Wochenschrift, t. XXXVI, nº 14, 7 avril 1910. Kystes non parasitaires de la rate.

PRYSKALOVA.— Practitchesky Vratch, nº 13, 27 mars 1911. Un cas de kyste de la rate.

RAMDOHR. — Uber Milzcysten und ihre Beziehungen zu rupturen der Milz Kapsel. Arch. f. path. Anat. Berlin 1901. 16 février, t. IV, p. 32.

SCHALITE. — Splenect. pour kyste. Wracht 1894, nº 9.

SPANNAUS. — Soc. de chir. de Breslau, 12 décembre 1910. Opération d'un kyste splénique fistuleux.

SHALCK. — Thèse de Strasbourg. Kystes non parasitaires de la rate. 1908.

TERRIER. — Kyste hématique de la rate. Soc. de Chir. 2 nov. 1892 et 6 mars 1901.

SUCHANEK. — Contribution à l'étude des kystes de la rate. Archiv. für Klinische Chirurgie. t. XCVIII, f. I. 29 avril 1912.

VERGA. — « Gaz. Med. » 1843. Tumeur splénique à la suite d'un traumatisme.

VITAL. — Kyste de la rate. « Gaz. des Hôp. » 1874.

SOLIERI. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. t. CVI. f. 4-6. Septembre 1910. Ueber Blutcysten der Milz.

SANTE-SOLIERI. — Il Policlinico (Sez. Chir) XVII cf. 9 novembre 1910. Sulle cisti ématiche della milza.

TYRNOS. — Chirourgia t. XXVII. nº 157. Janvier 1910. Cas de kyste non parasitaire de la rate.

H. A. ROYSTER. — Trois cas de kystes non parasitaires de la rate. med record t. LXX, nº 6. 5 août 1911.

SP-WELLS. — Splénectomie pour kyste séro-sanguin. Brit. méd. Journ. 1896. T. II. p. 55.

WINCKEL. — Kyste splénique. Soc. gyn. de Dresde, 27 mai 1876.